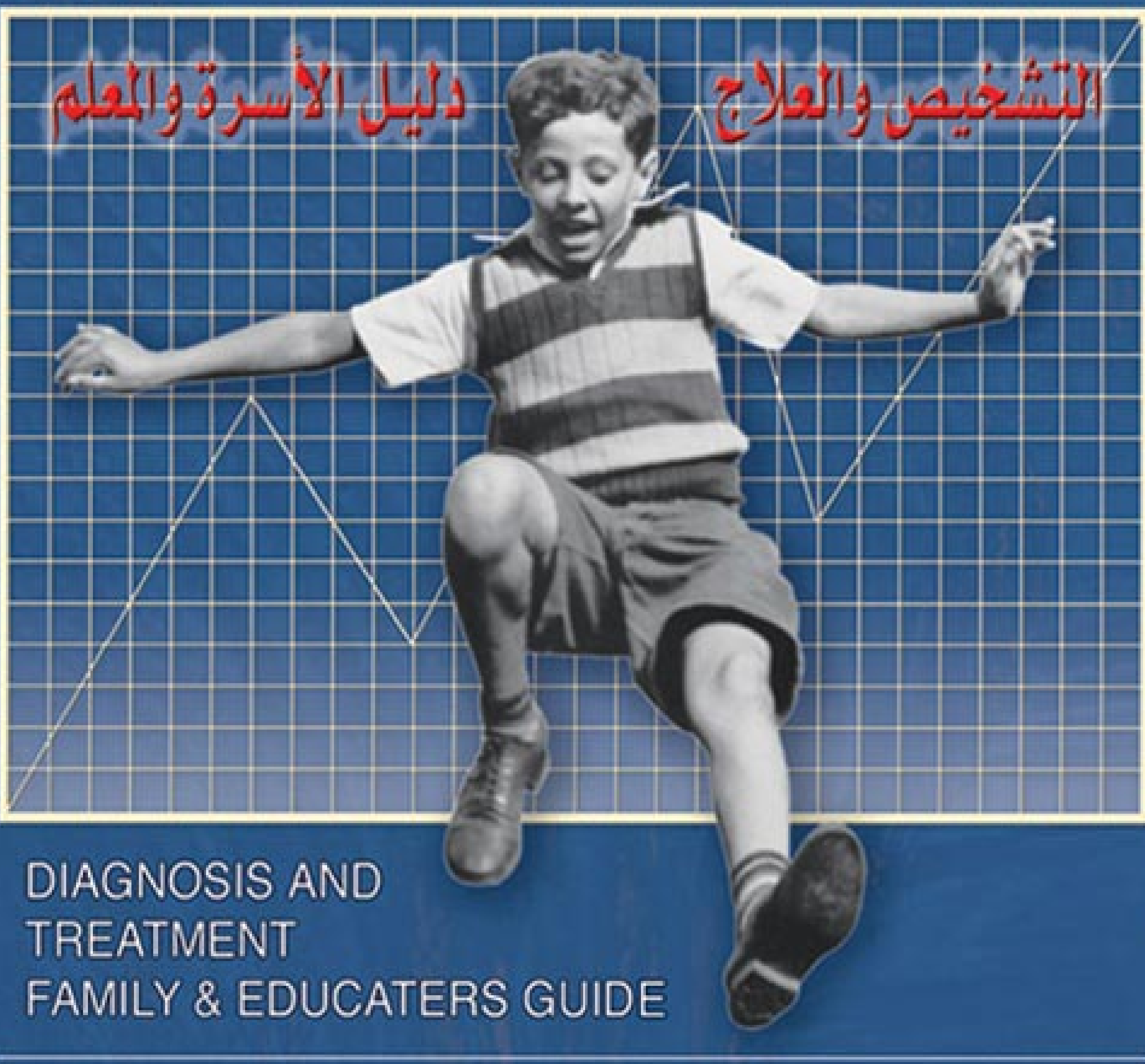
اضطراب فرط الحركة
ونقص الانتباه والاندفاع بالسلوك لدى الأطفال

HYPERACTIVITY, ATTENTION DEFICIT, AND IMPULSIVE CONTROL DISORDER IN CHILDREN



DIAGNOSIS AND
TREATMENT
FAMILY & EDUCATERS GUIDE

منشورات

تأليف الأستاذ الدكتور فيصل محمد خير الزراد
مراجعة وتقديم الدكتور غالب خليل خلايلي

اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه والاندفاع بالسلوك لدى الأطفال

تأليف

بروفسور دكتور / فيصل محمد خير الزراد

Prof. Dr. Faisal M.Kh. El ZARRAD

استشاري نفسي سريري

ورئيس وحدة علم النفس السريري

وعضو وحدة الطب النفسي للأطفال والمراهقين

مستشفى الطب النفسي - أبو ظبي

مراجعة وتقديم

الدكتور غالب خليل خلايلي

طبيب اختصاصي في طب الأطفال في مستشفى العين (سابقاً)

دراسات عليا في طب الأطفال من جامعة دمشق

عضو اتحاد الكتاب العرب

منشورات مدينة الشارقة للخدمات الإنسانية

Sharjah City for Humanitarian Services

١٤٢٣هـ - ٢٠٠٢م

١٥٥،٤١٢ فيصل محمد خير الزراد
ف م ١٠ اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه والاندفاع بالسلوك لدى الأطفال
Hyperactivity - attention deficit - and impulsive control disorder in children (Diagnosis and treatment).
/ فيصل محمد خير الزراد؛ مراجعة غالب خليل خلايلي. - الشارقة: مدينة الشارقة للخدمات الإنسانية، ٢٠٠١

١ - الأطفال - أمراض - علم نفس ٢ - الأطفال - رعاية ذهنية
٣ - علاج ورعاية ٤ - السلوك الموجه أ - غالب خلايلي (مراجع)
ب - العنوان

تمت الفهرسة أثناء النشر بمعرفة مكتبة الشارقة

إن حقوق الطبع والنشر والتصوير والاقتباس والنسخ والسحب والاستخدام غير الموثق والنقل إلى لغة أخرى؛ كلها محفوظة للناشر والمؤلف.
وعدا حالات المراجعة والبحث العلمي والاقتباس الموثق الصحيح لا يسمح بذلك إلا بإذن خطي من الناشر أو المؤلف.

عنوان المؤلف في دولة الإمارات العربية المتحدة
ص.ب ٤٣٠٤٦ أبو ظبي - مكتب بريد حمدان
هاتف وفاكس ٦٢٦١٣٢٥ أبو ظبي
البريد الالكتروني drzarrad@hotmail.com

عنوان المؤلف في سوريا
ص.ب ٤٦٥٢ دمشق
هاتف ٥٤٣٣٩٣٨ دمشق

Hyperactivity - Attention deficit and impulsive control disorder in children:

(Diagnosis and Treatment)

Prepared by

Prof. Dr. Faisal M.Kh. El ZARRAD

Consultant and head of departmen

of Clinical psychology

Psychiatric Hospital, Abu Dhabi, U.A.E.

مدينة الشارقة
للخدمات الإنسانية
Sharjah City for Humanitarian Services

١٤٢٣هـ - ٢٠٠٢م

بسم الله الرحمن الرحيم

﴿هو الذي خلقكم من تراب ثم من نطفة ثم من علقة ثم يخرجكم طفلاً ثم لتبلغوا أشدّكم ثم لتكونوا شيوخاً. ومنكم من يتوفى من قبل ولتبلغوا أجلاً مسمى ولعلكم تعقلون﴾

صدق الله العظيم

سورة غافر - الآية رقم (٦٧)

مدينة الشارقة
للخدمات الإنسانية
Sharjah City for Humanitarian Services

١٤٢٣هـ - ٢٠٠٢م

حقوق الطبع محفوظة للناشر والمؤلف

الطبعة الأولى

١٤٢٣ هـ - ٢٠٠٢ م

منشورات
مدينة الشارقة
للخدمات الإنسانية
Sharjah City for Humanitarian Services

هاتف ٥٦٦٠٦٦٧ - ٥٦٧١١١٧ براق ٥٦٦٤٤٦١ (٩٧١٦+) ص.ب ٥٧٩٦ الشارقة، الإمارات العربية المتحدة
Tel. (+9716) 5671117 - 5660667 Fax 5664461 P.O.Box 5796 Sharjah, United Arab Emirates
Email: shjchs@emirates.net.ae البريد الالكتروني

تصدير الناشر

نرى من الضروري في تصديرنا لهذا المؤلَّف الهام الذي يتناول اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه والاندفاع في السلوك لدى الأطفال تفسيراً وتشخيصاً وعلاجاً أن نشير إلى أن مدينة الشارقة للخدمات الإنسانية ليست جهة أو داراً اختارت طباعة الكتب ونشرها غاية لها.. بل جعلت من ذلك وسيلة من جملة وسائل في حوزتها تسعى من خلالها إلى نشر الوعي بالإعاقة وكيفية التعامل معها والحد من آثارها وتحسين أوضاع أصحابها وزيادة تكيفهم واندماجهم في المجتمع.

وبالقدر الذي ترى فيه مدينة الشارقة للخدمات الإنسانية أن هذا الكتاب أو ذاك يخدم هذه الأهداف العامة ويقدم إضافة جديدة تلبي حاجة فعلية إلى المعرفة سواء للمتخصصين والمهتمين أو لأولياء الأمور المعنيين بالقدر الذي نجد في أنفسنا الحماس والرغبة في متابعة انجاز هذا الكتاب وإبرازه إلى حيز الوجود، فيكون للمؤلف ولنا شرف إضافة جديدة للمكتبة العربية تسد ثغرة حقيقية وحاجة فعلية إلى هذا النوع من الكتب.

ذلك أن الثقافة والمعرفة الحقيقية وحتى الابداعات الأدبية لن تكون في يوم من الأيام ترفاً فكرياً مجرداً أو تكملة شكلية لمظهر حضاري فارغ فهي تلبي بشكل أو بآخر حاجة حقيقية لدى إنسان هذا العصر ليست بأقل من حاجاته المادية الأخرى.

يستمد الكتاب أهميته في نظرنا من ضعف المعرفة بهذا الاضطراب وأسبابه سواء لدى العاملين في المجالات التربوية والنفسية والصحية أو الأسر مما يعرض الأطفال المصابين به إلى سوء المعاملة وتأخر تقديم العلاج مع زيادة احتمال تفاقم الحالة وصعوبة العلاج خصوصاً وأن أصحاب هذا المرض لا يختلفون في المظهر عن غيرهم من الأطفال.

إن حجم هذه المشكلة الآخذ في التزايد والانتشار على المستوى المحلي والعالمي، وكما يتضح من طيات الكتاب، ومقدار تداخلها مع اضطرابات أخرى تصيب الأطفال يفترض معرفة دقيقة بأسبابها وأساليب تشخيصها وطرق علاجها، وكذلك إلماماً جيداً بأنواع الإعاقات الأخرى كالإعاقة العقلية والتوحد أو الاضطرابات الذهانية لدى الأطفال.. وغير ذلك من اضطرابات الطفولة.. ونأمل أن يستطيع القارئ - المتخصص والعامل في المجال وأصحاب الشأن المهتمين بشؤون الأطفال وخصوصاً في المدارس، ومؤسسات الرعاية الخاصة، أو في أقسام طب الأطفال، أو الطب النفسي للأطفال، أو طب الأسرة، أو أقسام الرعاية الصحية وغيرها.. - معرفة أبعاد هذه المشكلة ودراستها من أجل تحقيق التشخيص الصحيح، وتقديم العلاج اللازم لأصحابها والاستعانة بالاختصاصيين في هذا المجال، وكذلك وقاية أطفالنا في المستقبل من أن يكونوا عرضة لهذا الاضطراب أو غيره من اضطرابات قد تصيبهم في سلوكهم، أو تفكيرهم، أو قدراتهم العقلية وغير العقلية، مما قد يعوق نموهم ويجعلهم عالة على أسرهم وعلى مجتمعهم ويعكّر صفو المحيطين بهم.

بقي أن نقول إن هذاالكتاب قد خضع للمراجعة والتحكيم من قبل لجنة متخصصة من الجامعات العربية، ويعتبر مرجعاً مفيداً للمتخصصين الذين يتعاملون مع هذه الحالات من الأطفال.

الشارقة ١ ديسمبر ٢٠٠١ م

الناشر

أطفالنا ...

أكبادنا تمشي على الأرض

الإهداء:

بعد أن أنهيت كتابة هذا الكتاب، جلست إلى طاولتي لأكتب كلمة إهداء كعادتي في جميع مؤلفاتي، وبعد عناء تفكير تذكرت يوم (١٨/ ٤/ ١٩٩٦) عندما عدت من بيروت إلى دمشق بعد مذبحة قانا في جنوب لبنان، ولم أجد أبلغ من أن أهدي هذا الكتاب إلى أطفال أمتنا العربية بدءاً من أطفال قانا وأطفالي محمد خير ونسرين ونوران، وأطفال جيلهم، والأجيال التي تليهم.

ولأنه لم يعد من أمل في مجتمعنا العربي إلا في أطفالنا، لعلهم يقرؤون التاريخ جيداً ويستفيدون من عبر الهزيمة التي امتدت في الوطن العربي بأبعادها كافة، حتى باتت شيئاً مخيفاً. . . وإنني أقول لهم: لقد حلمنا يا أطفالنا بأن نترك لكم في دنياكم زمناً جميلاً، ومجتمعاً حراً خالياً من القهر والخيانة والعبودية . . . ولكننا نعترف لكم ـ ودون خجل أو حياء ـ أننا هزمنا من داخلنا وخارجنا، وأننا لم نترك لكم إلا زمناً خراباً، وبلاداً متداعية، وأوهاماً فرضت علينا، وتشويهاً لمعالم حضارتنا وتاريخنا في الماضي والحاضر والمستقبل . . فالمهمة ستكون صعبة عليكم . . ولكنكم أنتم الأمل.

دمشق في ١٩٩٩/٨/٩

فيصل محمد خير الزراد

تقديم:

بقلم الدكتور غالب خليل خلايلي
دراسات عليا في طب الأطفال من جامعة دمشق
عضو اتحاد الكتاب العرب:

بداية عهدي بالوظيفة الحكومية كطبيب اختصاصي في إحدى دور رعاية الأطفال أواخر عام ١٩٨٨، شدَّ نظري كثيراً ما فعله الأطفال الصغار عندما دخلوا الصف للمرة الأولى. كان صفاً جميلاً مرتباً ونموذجياً بكل معنى الكلمة، غير أن (أطفالي) الأعزاء قلبوه رأساً على عقب خلال دقائق، وحطموا كل ما وصلت إليه أيديهم من مقاعد وأدوات، كسروا الأقلام ومزقوا الدفاتر، مما فتح عيني على اضطراب مهم قرأت عنه في الكتب، وكان على أرض الواقع شيئاً آخر، الأمر الذي يقودنا إلى حقيقة هامة وهي أن القراءة والحياة النظرية شيء، والحياة العملية شيء آخر مختلف تماماً.

لقد باتت رعاية الأطفال الرعاية الحقة وحمايتهم من كل ضيم مطالب ملحة في عصرنا الحديث الذي يشهد اضطهاداً لا مثيل له لكثير من الأطفال المعذبين بالفقر والجهل والمرض، وبالذل البشع في عالم النخاسة والحروب والقمع... وإنه لمن المؤسف جداً والمخزي أن يبذل أطباء العالم جهودهم المخلصة في سبيل حماية الأرواح البريئة لأطفال مرضى أو حتى مشوهين، فيما تقتل الحروب العشوائية عشرات الآلاف من الأبرياء والأصحاء.

إن فكرة الاضطهاد أوسع مما نتصور مادياً وفكرياً، لكن تبقى في ليل هذا العالم الداجي بوارق أمل لا تنطفيء وحماس ليس له نظير في سبيل حماية الأطفال ورعايتهم.. ولعل المبحث الجليل الذي نقدم له الآن واحد من تلك البوارق الجميلة والجليلة التي أشرنا إليها.

يتناول المؤلف والباحث المعروف بسعة علمه ودأبه واخلاصه وأمانته الأستاذ الدكتور فيصل محمد خير الزراد، موضوعاً من أهم الموضوعات وأعقدها في طب الأطفال، وفي حياة الأسرة والمدرسة والمجتمع على السواء، ألا وهو اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة، هذا الاضطراب المثير الذي يستنزف الكثير من امكانات الأهل العقلية والمادية، ومن امكانات المعلمين والمدارس والسلطات الصحية من غير طائل أحياناً، بسبب قلة الدراية بهذا الاضطراب ومجانبة الحكمة في تدبره.

لقد شهدت الآونة الأخيرة زيادة واضحة في تشخيص هذا الاضطراب، فكان شيوعه بحدود (٣ ـ ٨٪) في الولايات المتحدة، و(١٠٪) في انجلترا، و(١٢٪) في إيطاليا، و(١٦٪) في إسبانيا، لترتفع النسبة إلى حوالي (٢٥ ـ ٣٠ ٪) تقريباً في إمارة الشارقة حسب دراسة الطبيبة الإماراتية أمل بوهارون عام (١٩٩٦).

غير أن المؤسف أن هناك خلطاً واضحاً بين الاضطراب الحقيقي وبين حالات فرط الحركة الطبيعي عند الأطفال، وكذا بين حالات مرضية تترافق وفرط الحركة كما في القلق وبعض الأمراض العضوية. من هنا كان التمييز ضرورياً جداً لأن الفرق كبير من حيث الإنذار والعلاج، كما يبين الكتاب. إن عدم فهم طبيعة المشكلة قد يعرض طفلاً بريئاً لعقاب بدني قاس دون مبرر، كما يعرضه لأدوية ذات تأثيرات غير مرغوب بها، أو على العكس يمنع طفلاً مصاباً من العلاج على أساس أن المسألة مسألة (شيطنة) عادية، مما يعقد المشكلة كثيراً.

وككل مرض صعب التشخيص والعلاج يبرز أمر مهم جداً اجتماعياً، ألا وهو الخضوع لسيطرة المشعوذين والدجالين ممن يدلون بدلوهم في كل أمر، يستنزفون أموال الناس بلا فائدة، إن لم ننف الضرر العظيم الذي يتعرض له الأطفال من جراء ممارسات خاطئة.

إن علاج اضطراب فرط الحركة وقلة الانتباه عند الأطفال ليس دواء فحسب، ولا يجب أن يكون في المقام الأول.. بل هو عملية مستمرة من التعاون بين الطبيب النفسي وطبيب الأطفال والاختصاصي النفسي والاجتماعي والبيت والمدرسة، ومثل هذا

التعاون مهم جداً، وإن بدا نوعاً من الخيال في بلادنا، حيث يصعب تلاقي أولي الأمر، كما تهمل كثير من الرسائل والردود عليها، بين الجهات المختلفة، ضمن سلوك غير مسؤول وغير مكترث نتمنى له أن يزول من عالمنا.

إن كتاب الأستاذ الزراد يوضح كل ما توصل إليه العلم من حقائق من أجل معرفة وتشخيص وعلاج حالات فرط الحركة وقلة الانتباه عند الأطفال، كل ذلك بأسلوب علمي مبسط وموثق، ولهذا فإن كتابه القيّم هذا مرجع لا يستغني عنه طبيب النفس وأي طبيب، كما لا يستغني عنه المدرّسون والأسر، وكل المهتمين بشؤون الطفولة.

أعترف أخيراً أنني مثلما قضيت أوقاتاً طيبة مليئة بالفائدة في صحبة الأستاذ الزراد في منزله الدمشقي الجميل الموشّى بالورد الفوّاح قرب مكتب عنبر العريق في حي القيمرية، وفي منزله الشاعري المطل على كورنيش أبوظبي الساحر، حيث تسطر أفكاره النيرة، ومثلما قضيت أوقاتاً ممتعة ومفيدة مع كتبه السابقة (وهي مراجع قيمة في المكتبة العربية) قضيت وقتاً مفيداً وممتعاً مع هذا الكتاب. أرجو للدكتور الزراد التوفيق والصحة والعافية في المقبلات من الأيام من أجل عطاء لا ينتهي، ينفع خلق الله، والله ولي التوفيق.

العين في ١٣ تشرين ثاني / نوفمبر ١٩٩٨

د. غالب خلايلي

الفصل الأول

المقدمة:

إن المتتبع لأسس التربية الحديثة وأصول التنشئة الأسرية والمدرسية والاجتماعية والفكرية والنفسية للأطفال يجد تطوراً وتقدماً ملحوظاً في هذا المجال، وهذا التطور كان وما زال يؤكد على أهمية عدة موضوعات علمية تتعلق بالطفل من بينها الفروق الفردية بين الأطفال وذلك من النواحي العضوية والعقلية والنفسية والتعليمية والسلوكية والنمائية . . . الخ . لقد أكدت الدراسات العلمية أن قدرات الأطفال وخصائصهم العقلية والشخصية والاجتماعية والنمائية ليست واحدة لدى جميع الأطفال، وأن هناك العديد من العوامل[1] التي تحدث قبل وأثناء وبعد عملية الولادة تساهم في حدوث هذه الفروق بين الأطفال، حتى داخل الأسرة الواحدة، وداخل الصف المدرسي الواحد، وداخل البيئة الاجتماعية الواحدة، لذلك من غير المتوقع أن ينشأ أفراد الأسرة الواحدة، أو أطفال الصف الواحد، أو المجتمع الواحد في مستوى واحد، وهذا ليس عيباً في حد ذاته، إنما

---

(١) لقد قام الباحثون بدراسة تأثير العديد من العوامل التي تؤثر على الطفل قبل وأثناء وبعد ولادته، والتي تترك أثراً سلبياً على نمو الطفل وعلى قدراته العقلية والعضوية والسلوكية والاجتماعية وغير ذلك . من بين هذه العوامل التي تمت دراستها على سبيل المثال ما يلي :

١ ـ صحة الزوجين قبل الحمل وعوامل الوراثة والاستعداد والإخصاب .
٢ ـ عمر الأزواج وخاصة الأم .
٣ ـ تعاطي الأم لبعض الأدوية والعقاقير .
٤ ـ الزمرة الدموية (RH) للأم .
٥ ـ أمراض الأم أثناء الحمل واضطراب الحمل .
٦ ـ التدخين وتعاطي الكحول والمخدرات لدى الزوجين والأم .
٧ ـ تعرض الأم أثناء الحمل إلى أشعة إكس (X.Ray) بشكل مفرط .
٨ ـ تغذية الأم أثناء الحمل .
٩ ـ الحالة النفسية وانفعالات الأم واتجاهها نحو الحمل .
١٠ ـ تعرض الأم الحامل للحوادث والإصابات .
١١ ـ عملية الولادة (طبيعة، عسرة، قيصرية، قبل الأوان . . .)، لأول مرة / حمل سفاح / حمل بعد فترة عقم .
١٢ ـ تأثير العوامل الفيزيقية وعوامل الطقس والمناخ .
١٣ ـ عوامل أخرى مثل مطالب النمو للأم والطفل أثناء الحمل والولادة وبعد الولادة (Developmental tasks) .

إدراك الفروق الفردية بين أطفالنا ضرورة أسرية وتربوية واجتماعية وصحية . . . وهذه الضرورة تساعد الباحث والاختصاصي وطبيب الأطفال والمعلم والأسرة في الكشف عن مستويات الأطفال من حيث قدراتهم ومهاراتهم ومشاكلهم الأسرية والتربوية والصحية والاجتماعية والنفسية والعقلية والسلوكية وغير ذلك، وخاصة الأطفال الذين يحرمون من حق النمو الطبيعي، أو يحرمون من حق التربية والرعاية الخاصة، ومما لا شك فيه أن المسؤولية تقع بالدرجة الأولى على الوالدين والأسرة. (حق الطفل على والديه أن يولد سليماً)، كما تقع هذه المسؤولية على المدرسة والمعلمين والمربين والنظم التعليمية والتربوية بما في ذلك المجتمع أيضاً بنظمه وعاداته وقيمه وثقافته . . . وهذه المسؤولية دفعت الباحثين والعلماء إلى البحث عن وسائل وتقنيات ومعايير تكون على مستوى من الصدق والموضوعية وذلك لتشخيص ومعالجة قضايا الأطفال، وتقييم وضع الطفل، ومعرفة نقاط القوة، ونقاط الضعف لديه، حتى يتم إصدار أحكام وقرارات منطقية وعلمية صحيحة على وضع الطفل وعلى حالته العقلية والنفسية والمعرفية والسلوكية، ومن الطبيعي أن مثل هذه العملية تتطلب خبرة كبيرة، كما تتطلب الدقة، والمتابعة والتريّث في اصدار أحكام أو قرارات قد لا تكون في صالح الطفل، وهذه الخبرة والممارسة العملية في هذا المجال قد لا تتوفر لدى العاملين في مجال الصحة، أو مجال التربية والتعليم، أو في مجال الأسرة، أو المجتمع . . .

إن قضايا الأطفال ومشكلاتهم متعددة وقد ورد تصنيفها في أكثر من مرجع أو كتاب، كما ورد تصنيفها عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي[(١)] (A.P.A.) في كتاب

(١) اضطرابات تتعلق بالنمو مثل التخلف العقلي والتخلف الدراسي وصعوبات التعلم ومشكلات اللغة والنطق.
- اضطرابات تتعلق بالسلوك مثل الإفراط الحركي والجنوح والعدوان والكذب والانحراف الجنسي . . .
- اضطرابات تتعلق بالخوف والقلق مثل الخوف الاجتماعي، وقلق الانفصال . . .
- اضطرابات تتعلق بالطعام مثل النهم والسمنة وفقدان الشهية العصبي وتناول المواد الضارة والهزال.
- اضطرابات تتعلق بالحركة مثل نتف الشعر، وقضم الأظافر، ومص الإصبع واللوازم الحركية.
- اضطرابات تتعلق بالإخراج مثل التبول اللاإرادي، التبرز اللاإرادي.
- اضطرابات تتعلق باللغة والنطق والقدرة على التواصل، مثل التوحد والتهتهة وضعف اللغة والحبسة (الأفازيا Aphsia).
- اضطرابات تتعلق بذهان الطفولة.

(DSM - IV) لعام (١٩٩٤)، وهي في الوقت نفسه قضايا متداخلة مع بعضها، وتؤثر في حياة الطفل ومستقبله، كما تؤثر على أسرته ومجتمعه، وعادة ما تثير هذه القضايا الشكاوي والتذمر لدى الطفل ووالديه والمحيطين به، وكذلك المؤسسات التي تتعامل معه مثل المدرسة وغيرها، وغالباً ما تكون هذه الشكاوى هي السبب وراء البحث عن حل لمشكلة الطفل وتلقي التوجيهات من الاختصاصيين والأطباء وذوي الخبرة في هذا المجال، علماً بأن الدراسات العلمية تؤكد على أن العديد من مشكلات الأطفال (وخاصة السلوكية) منها ترجع إلى مشكلات الكبار داخل الأسرة وخارجها، ومهما تكن مشكلة الطفل فإنه لا يجب علينا كاختصاصيين في مجال الطب النفسي، وعلم النفس والتربية أن ننظر إلى نواحي القصور أو الضعف لدى الطفل على أنها مؤشر على أن الطفل ليس كغيره من الأطفال، أو أنه أقل شأناً منهم، أو أسوأ حظاً من حيث قدراته ونموّه، أو أنه لا يستحق الحياة. . . بل يجب النظر إلى الطفل كإنسان عليه أن يحقق شيئاً في حياته حسب قدراته وامكاناته، وأن يلقى كل المحبة والاحترام والعطف، بحيث لا يشعر الطفل بالقسوة أو الإهانة أو الحرمان، أو بأنه أقل من غيره من الأطفال، أو عالة على أسرته ومجتمعه، أو أنه مرفوض من الآخرين، وهذا مطلب اجتماعي وديني وأخلاقي مطالب به الكبار نحو الصغار.

ومن قضايا الأطفال الهامة والتي استحوذت على اهتمام الباحثين وعلماء التربية والاجتماع وعلم النفس والطب النفسي وغيرهم هي قضية الطفل الذي يعاني من فرط الحركة (Hyperactivity)، أو فرط النشاط الحركي، ونقص القدرة على التركيز والانتباه (Attention deficit)، وعدم القدرة على السيطرة على السلوك والاندفاعات في مواقف الحياة المختلفة، سواء داخل الأسرة، أو في المدرسة، أو في المجتمع. . . مما يسبب تذمراً وازعاجاً كبيراً لأسرة الطفل ومدرسته والمحيطين به. وقد لوحظ في الآونة الأخيرة زيادة عدد حالات الأطفال الذين يعانون من فرط الحركة، والذين يحوّلون عن طريق مدارسهم أو عن طريق أسرهم، أو الصحة المدرسية. . . إلى العيادة الخارجية لمستشفى الطب النفسي أو لمراكز التربية الخاصة والتأهيل طلباً للمساعدة والتشخيص والعلاج، وتبين من خلال دراسة تاريخ هذه الحالات والسيرة المرضية لها ما يلي:

١ ـ إن معظم هذه الحالات من الأطفال لم تشخّص تشخيصاً دقيقاً، وكان هناك

لبس واضح أو خلط بين حالات فرط الحركة، وحالات الحركة الزائدة العادية التي تتناسب مع مرحلة نمو الطفل ولا تحتاج إلى تدخل علاجي، وكذلك حالات التأخر العقلي والتأخر الدراسي وحالات التوحّد (Autism) وحالات صعوبات التعلم والحالات التي تعاني من أعراض نفسية أو ذهانية، وكان هناك إهمال واضح للتشخيص التفريقي لهذه الحالات، وهذا ما جعل الأعراض تزداد حدة، وعرّض الطفل والأهل إلى خبرات وآراء مختلفة جعلتهم في حيرة من أمر طفلهم أو فهم مشكلته بدقة.

٢ ـ إن معظم الحالات كانت قد ترددت على العديد من العيادات مثل عيادات طب الأطفال والعيادات النفسية والعصبية (العربية والأجنبية) الحكومية والخاصة، وعلى عدد من المطوعين والمشعوذين وأنفقت الكثير من الجهد والمال كذلك دون أن تكون هناك الفائدة المرجوة من ذلك.

ملاحظة:

إن العديد من الأمهات والآباء وكذلك المعلمين والمعلمات ما زالوا يواجهون صعوبة في فهم الطفل الذي يعاني من اضطراب في نموه مع صعوبة في تقبل هذا الطفل وخاصة إذا كان معاقاً حسياً أو حركياً، وما زالت بعض الأسر في مجتمعنا العربي تعتبر ولادة طفل معاق أو لديه اضطراب في نموه هو خطأ من الأم الحامل أو عيب فيها، فهي التي ولدت الطفل مما يؤدي إلى خيبة أمل الزوج والأسرة بشكل عام، وهذا ما يجعل الأم تشعر بالإثم والذنب والإحباط والألم، وغالباً ما يتساءل الأزواج لماذا حدث ذلك؟ وهل هو عقوبة إلهية بسب ذنوب أرتكبت في السابق؟ وما هي هذه الذنوب . . . ؟ وهنا تنشأ الصراعات والخلافات الأسرية كما تنشأ الأساليب الدفاعية النفسية وغير النفسية، مع محاولة تشويه للواقع وإنكار للحقيقة أحياناً، وتضخيم للمشاعر المؤلمة، وللكراهية، وللوصمة الاجتماعية، وتذكّر مشاعر الإثم والخبرات الجنسية ومواقف الزنا والإدمان ومشاكل الزواج . . . وغير ذلك. والواقع أن الطفل الذي يعاني من خلل في نموه وسلوكه غالباً ما يشكل ضغطاً على الأسرة، وبعض الآباء يعملون على مسايرة هذا الضغط، وعلى تفهم مشكلة طفلهم وخاصة إذا تقدم الطفل في عمره أو التحق بالمدرسة، حيث تتضح المشكلة بشكل أكبر وتتكشف الإعاقة لديه، ويبدأ الأهل البحث عن حل أو علاج، كما يعملون على إعادة تنظيم موقفهم الأسري من خلال منظورهم لطفلهم، وهنا يتذبذب موقف الآباء بين معاملة طفلهم كطفل قاصر أو ضعيف أو معاق مع حماية زائدة وبين معاملتهم لطفلهم بشكل متشدد مع جمود وإهمال ورفض. وهذا ما يترتب عنه مضاعفات تزيد من عناء الأسرة والمحيطين بالطفل، لذلك لابد من استشارة الاختصاصي لتلقي التوجيهات والإرشادات العلمية اللازمة في ضوء مشكلة الطفل.

٣ ـ إن معظم الآباء لم يلاحظوا سلوك إفراط الحركة ونقص الانتباه واضطراب الحركة لدى طفلهم بشكل مبكّر حيث يكون الطفل أكثر قابلية لتعديل سلوكه، أو للتعلم، أو للعالج، أو لاستثارة قدراته، وغير ذلك. وهؤلاء الآباء لم يفكّروا بمشكلة طفلهم إلا بعد ملاحظات المدرسة، أو بعد إزعاج الطفل لأسرته ولأقرانه والمحيطين به، حيث أصبح من الضروري على هؤلاء الآباء البحث عن حل لمشكلة طفلهم وازعاجاته المتكررة.

كل هذه الأسباب وغيرها، دفعتنا إلى وضع هذا الكتاب الذي يوضّح الأساليب الحديثة في تشخيص وتفسير حالات فرط الحركة لدى الأطفال وعلاج هذه الحالات، وهو كتاب يمتد إلى اهتمامات الآباء والأمهات والمعلمين والمعلمات والاختصاصي النفسي والاختصاصي الاجتماعي والطبيب النفسي وطبيب الأطفال وطبيب الأعصاب وغيره. ويمكن اعتبار هذا الكتاب بأسلوبه العلمي المبسط دليلاً مفيداً للأسرة وللمدرسة وغير المتخصصين الذين بامكانهم الاستفادة من النصائح والإرشادات النظرية والعملية الواردة في هذا الكتاب.

أخيراً، نرجو من الله تعالى أن نكون قد وفقنا في تقديم شيء علمي ومفيد لأطفالنا يجعلهم أكثر سواء في حياتهم وأكثر قدرة على العطاء وتحمل مسؤولياتهم تجاه أنفسهم وتجاه المجتمع.

كما لا يسعنا إلا أن نتقدم بجزيل الشكر والتقدير إلى سمو الشيخة جميلة بنت محمد القاسمي حفظها الله مديرة مدينة الشارقة للخدمات الإنسانية على مساعدتها الكريمة وتوجيهاتها لإخراج هذا الكتاب إلى حيّز الوجود، وكذلك الشكر والتقدير إلى الأستاذ أسامة مارديني من مدينة الشارقة للخدمات الإنسانية الذي كان لجهوده الكبيرة الدور البارز في طباعة هذا الكتاب.

مفهوم الطفولة:

الطفولة هي مرحلة من عمر الفرد لها خصائص عضوية وعقلية وحركية وحسية وانفعالية ولغوية تميّزها عن باقي مراحل عمر الإنسان وهي تمتد عادة من عمر (٢) سنة إلى (١٢) سنة وتقسم عادة إلى المراحل التالية:

١ ـ الطفولة المبكرة:

وتمتد من عمر (٢ ـ ٦) سنوات، وتبدأ من نهاية عملية الرضاعة وحتى دخول المدرسة الابتدائية، ويفضل البعض تسمية هذه المرحلة بمرحلة قبيل المدرسة، ويكون نمو الطفل في هذه المرحلة سريعاً، ويلاحظ على الطفل زيادة الميل إلى الحركة، ومحاولة التعرف على البيئة والتحكم في عملية الإخراج والنمو السريع في اللغة واكتساب مهارات جديدة وتكوين مفاهيم اجتماعية والتوحد مع نماذج الوالدين وبزوغ الأنا الأعلى والتفرقة بين الصح والخطأ والخير والشر، ويبدأ تكوين الضمير، ونمو الذات، مع بزوغ التنميط الجنسي لدى الطفل.

٢ ـ الطفولة الوسطى:

وتمتد هذه المرحلة من عمر (٦ ـ ٩) سنوات وهي تمثل المرحلة الابتدائية الدنيا وتتصف هذه المرحلة بالنمو الجسمي البطيء واتساع الآفاق العقلية والمعرفية لدى الطفل وتعلم المهارات الأكاديمية مثل القراءة والكتابة والحساب وتعلم المهارات الجسمية اللازمة للألعاب، مع وضوح فردية الطفل وذاته واتساع البيئة الاجتماعية والانضمام إلى جماعات جديدة وتوحد الطفل مع دوره الجنسي وزيادة الاستقلال عن الوالدين.

٣ ـ الطفولة المتأخرة:

وتمتد هذه المرحلة من عمر (٩ ـ ١٢) سنة وهي تمثل المرحلة الابتدائية العليا، وتسمى هذه المرحلة بمرحلة قبل المراهقة (Pre-adolescence)، وفي هذه المرحلة يصبح سلوك الطفل أكثر جدية، ويلاحظ في هذه المرحلة بطء معدل النمو بالنسبة لسرعته في المرحلة السابقة والمرحلة اللاحقة، مع زيادة التمايز بين الجنسين، وتعلم بعض المهارات الحياتية، وكذلك تعلم المعايير الخلقية والقيم وتكوين الاتجاهات والاستعداد لتحمل المسؤولية والقدرة على التحكم بالانفعالات، وفي هذه المرحلة

تلعب عملية التنشئة الاجتماعية دوراً هاماً.

ويتوجب على الاختصاصي أن يكون ملماً بخصائص مرحلة النمو في عمر الطفولة، ليميّز بين سلوك الطفل الذي يحتاج إلى تدخل طبي أو علاجي بسبب غرابته أو انحرافه، وبين سلوك الطفل العادي الذي لا يحتاج إلى تدخل علاجي وقد يؤدي إلى قلق أسري. . حيث أن كثيراً مما نعتبره اضطراباً في السلوك لدى الطفل مثل العدوان والحركة الزائدة واضطرابات النوم والتبول اللاإرادي. . . قد تعكس لدى كثير من الأطفال خصائص المرحلة النمائية التي يمرّون بها، لذا من غير المناسب وصف مثل هذا السلوك بالانحراف أو الاضطراب إلا بعد التشخيص الدقيق، ونحن نعلم أنه من السهل على عالم الكبار أن يتسامحوا بوجود اضطراب ما عندما يكون صادراً عن طفل ما، بينما قلّما يتسامحون في ذلك عندما يكون نفس السلوك (أو الاضطراب) صادراً عن البالغين أو الكبار، ولأن هذا السلوك لا يناسب العمر أو المستوى العقلي والاجتماعي الذي يكون عليه البالغ أو الكبير، ولهذا يحذّر العديد من علماء النفس أمثال لازاروس (Lazarus, A.A.) (١٩٧١) وغيره من العلماء من التسرع في الحكم على الطفل بالاضطراب، ولابد من الاهتمام بالتشخيص التفريقي، ولأن التسرع في الحكم على الطفل قد يؤدي إلى مضاعفات سلوكية ونفسية واجتماعية تكون أكثر شدة على الطفل وذويه من مشكلة الطفل أو شكواه الأساسية. لهذا على الاختصاصي تحاشي وصف الطفل في بادىء الأمر باضطراب معين، ويجب التمييز بين المشكلة السلوكية التي تحتاج إلى علاج وبين خصائص عملية النمو، مثلاً تعتبر مرحلة النمو بين عمر (٢-٤) سنوات مرحلة صعبة في تربية الطفل، لأنها تتصف بالحركة والنشاط واللعب وحب الفضول. . وهذه قد يفسّرها الآباء أو المعلمون على أنها سلوك إزعاج وتخريب وعدوان، لذلك يلاحظ أن بعض تشخيصات الأطفال في هذه المرحلة المبكرة من النمو تنبع من الآباء وانزعاجاتهم، ولكنها بالنسبة للطفل خصائص نمائية عادية، بالإضافة إلى ذلك يجب علينا الأخذ بعين الاعتبار أن معظم مشكلات الأطفال السلوكية وغير السلوكية لا تنتج عن اضطراب لدى الطفل بقدر ما تكون ناجمة عن جهل الآباء أو المعلمين والأخطاء في عملية التعلم والتعليم بسبب سوء البيئة الأسرية أو المدرسية. . . لذلك لا يحكم على سلوك الطفل بمعزل عن

عوامل البيئة والمحيط، إذ كيف يكون الطفل سوياً في بيئة غير سوية؟ من هنا فإن عملية علاج الطفل (كما سنشير فيما بعد) تتطلب تعاون الأطراف المعنية بالأمر كافة؛ الطفل والأسرة والمربين والمشرفين على الطفل، كما قد يتطلب ذلك علاجاً أسرياً أو إرشاداً للوالدين أو للمعلمين حتى يسلكوا طرقاً أفضل في التفاعل مع الطفل وفي أساليب تنشئته.

تعريف الطفل الذي يعاني من فرط الحركة (أو فرط النشاط الحركي):

هو الطفل الذي يعاني من أعراض فرط الحركة (Hyperactivity)، ونقص القدرة على التركيز والانتباه (Attention deficit)، ويكون ذلك في ضوء المعايير التشخيصية، وهذه الصفات تكون متكررة، وحادة، وشبه ثابتة لدى الطفل، وتكون مزعجة بشكل كبير أكبر من السلوك الملاحظ لدى الطفل العادي أو المتوسط من نفس العمر، أو من نفس مرحلة النمو، وهذا الطفل يحتاج إلى مساعدة وإلى خدمات طبية وتعليمية وسلوكية خاصة (أو بالغة التخصص)، وعادة يستعمل مفهوم إفراط الحركة (أو فرط الحركيّة) (Hyperkinetic) في بريطانيا والدول الأوروبية، أما في الولايات المتحدة الأمريكية فغالباً ما يستعمل مفهوم نقص القدرة على الانتباه، وقد أخذ على التسمية الأمريكية أن هناك عدة اضطرابات لدى الأطفال تصحبها أعراض نقص الانتباه، وذلك على النحو الذي سنشير إليه فيما بعد.

وتبدي الدراسات حول أطفال فرط الحركة (أو حول الأطفال الكبار) أن ليس لديهم القدرة على التركيز على ما يهمهم، وأنهم ينتبهون بشكل طفيف إلى أي مثير (Stimulus) عابر، ولا يستطيعون متابعة أعمالهم، ولا يتذكرون عواقب ما حدث آخر مرة، وتتميز حركة الطفل بالاندفاع وعدم التبصر والافتقار للصبر والتحمل، وخاصة تحمل حالات الاحباط مهما كانت بسيطة، وتكون ردود أفعاله سريعة (زمن الرجع Reaction time) كما تكون حدة الانتباه لديه قصيرة جداً، مع التحدث بطريقة تفتقر إلى التسلسل المنطقي، حيث تختلط الألفاظ مع بعض بسبب السرعة، ولا يستغرق وقتاً كافياً في تفحص المشكلة المطروحة أمامه، وتظهر عليه أعراض الضجر والملل والشكوى وعدم اللياقة، وأحياناً سلوك العدوان كمصاحب للمشكلة المطروحة، بالإضافة إلى سرعة التحول من نشاط إلى آخر، وإلى تقلب الحالة المزاجية بشكل مزعج، وفي المدرسة أو في غرفة الصف لا يستطيع الطفل الجلوس لفترة طويلة في مقعده، ولا يستطيع المحافظة على أدواته، كما يصر على تناول طعامه في اللحظة التي يحلو له فيها ذلك، ويسعى طفل فرط الحركة لإقامة علاقات مع من هم أصغر منه سناً، كما يكثر اصطدامه بالأثاث، أو بالآخرين وبشكل جاذب للنظر، ولا ينضبط

بالطرق العادية، ولا يلتزم بالمهمة المكلف بها، وبشكل عام فإن المعلم يجد نفسه أمام طفل يتّسم بحالة شبه مستمرة من التوتر الجسمي، ويمارس أعماله وكأنه مدفوع بقوة مجهولة وبإلحاح، وأحياناً يستجيب بشكل فوري وغير دقيق وبدون تفكير أو تمعّن وبغض النظر عن المثير الموجود في الموقف، أي قد يستجيب بطريقة لا يتطلبها الموقف نهائياً. وبشكل عام إن حالة الطفل مفرط الحركة هي حالة مركبة من عدة مشكلات تحدث في الطفولة بين (٤ ـ ١٥) سنة، وغالباً ما يتعرض الطفل بسبب ذلك إلى سوء المعاملة من الكبار والتشدد والحزم والعقاب المتواصل، ولأن غالبية الكبار الذين تواجههم مثل هذه الحالة يتعاملون معها وكأنها انحراف أو خروج عن المألوف من النظم والعادات الشائعة، أو هي عبارة عن ضعف في الانضباط لدى صاحبها، ولا ننسى أن معظم أطفال فرط الحركة لا تكون لديهم القدرة على تحقيق متطلبات التحصيل الدراسي بشكل عادي بسبب الصعوبات وعدم القدرة على التفاعل الطبيعي مع المثيرات المختلفة، وعدم الدراسة أو أداء الواجبات المدرسية وضعف اللغة، وغير ذلك. . . والحالة التالية لطفل يعاني من أعراض فرط الحركة، وهي توضح لنا السيرة المرضية لهذا الطفل حتى تم تشخيص حالته وعلاجه (مع ملاحظة أن اسم الطفل هو اسم مستعار).

حالة مسعود:

مسعود طفل عمره سبع سنوات، مواطن، حضر إلى العيادة الخارجية في مستشفى الطب النفسي بصحبة والدته بتاريخ ١٨/ ٦/ ١٩٩٨، محولاً من طبيب الأعصاب في مستشفى الجزيرة، وكانت الشكوى أن هذا الطفل يعاني من فرط الحركة، وعدم القدرة على السيطرة على سلوكه واندفاعاته المزعجة، وقد بدأت هذه الحالة منذ ثلاث سنوات، وأجريت للطفل كافة التحاليل والفحوص العصبية والطبية اللازمة، مع تصوير طبقي محوري للدماغ (Brain C.T.Scan)، ورسم دماغ كهربي (EEG). وتنقل الأهل في عدة عيادات طبية عربية وأجنبية، وتم وصف بعض العقاقير المهدئة دون فائدة تذكر، وبمقابلة والدي الطفل، ومعلمته في روضة الأطفال (سابقاً)، وكذلك معلم المدرسة الابتدائية (حيث سجل الطفل لفترة من الزمن في

المدرسة فصل بعدها من المدرسة بسبب سلوكه، وحيث طلب من الأهل وضعه في فصل للتربية الخاصة لأنه يعاني من فرط الحركة والضعف العقلي. . .) تبيّن أن الطفل يتحرك بشكل مزعج للآخرين، ويعتدي على الأطفال بالضرب، ولا يستجيب إلى التعليمات المقدمة إليه، لا مبال ومهمل لذاته، عنيد ومشاكس، يعبث بالأشياء، لا يهتم بالأنشطة، وينفر من المهام الّتي يكلف بها، وسرعان ما يشغل بالمثيرات الخارجية، وأحياناً يعاني من الذهول والنسيان، يجري بسرعة، ويندفع بعناد، وكان كثير الخروج من الصف، ومن المدرسة أحياناً دون مبرر، كما كان يتلف بعض أدواته الدراسية ويعتدي على بعض التلاميذ، ولا يستجيب لتعليمات المعلم، أو الأخصائي الاجتماعي. . . مما جعل المدرسة تشك في وجود اضطراب في دماغه، أو في حواسه، أو أنه يعاني من تخلف عقلي، أو من خلل عضوي، مما أدى إلى عرضه على طبيب الصحة المدرسية، ثم أخصائي التربية الخاصة في وزارة التربية، ثم على طبيب أعصاب أطفال، ثم حوّل إلى مستشفى الطب النفسي لإجراء الاختبارات العقلية والمعرفية والسلوكية وتقييم حالته. . . (قسم الطب النفسي للأطفال).

وقد كانت ملاحظة الجميع بأن قدرات الطفل وسلوكياته غير سوية ولا تتناسب مع عمره الزمني ومرحلة نموه (إذا ما قورن ذلك بالأطفال الآخرين من نفس العمر)، وتبين من دراسة تاريخ الحالة أن الطفل عاش داخل أسرة مفككة تسودها الخلافات بين الأم والأب مما أدى إلى إهمال الطفل وسوء رعايته منذ طفولته، والاعتماد شبه الكلي في تنشئته على الخادمات، مما جعله يحرم من عطف ورعاية والديه، والتعرض إلى القسوة والضرب أحياناً، وكذلك التعرض إلى سوء التربية والتوجيه وضعف النمو بشكل عام، وخاصة ضعف النمو اللغوي والقدرة على التواصل مع الآخرين، مع اضطرابات في النوم، وفي الطعام، وتبول لا إرادي ليلي، وتبين من تطبيق الاختبارات العقلية والنفسية (اختبار وكسلر للأطفال اللفظي، والعملي، واختبار لوحة سيجان، بالإضافة إلى اختبار المعلم والأسرة لتشخيص فرط الحركة لدى أطفال المدارس، وكذلك الرجوع إلى تاريخ الحالة لدى الطفل والملاحظة السريرية. . .) أن قدرات الطفل العقلية كانت في حدود دون المتوسط (Low average)، وأن الطفل يعاني من صعوبات في مجال القدرة على التعلم، وكذلك تأخر نمو اللغة والقدرة على التواصل والتعبير اللغوي،

مع بطء في ردود الفعل أو الاستجابة، وأن نمط فرط الحركة هو السائد في اضطرابه ثم نقص القدرة على الانتباه أو التركيز أو الاستيعاب، وأن الطفل يحتاج إلى علاج دوائي، وعلاج سلوكي، وعلاج نطق، وإلى فصل خاص وبرامج تعليمية خاصة، . . . وتم فعلاً وصف عقار الرتيالين، وكذلك التروبيل، وتحويل الطفل إلى معالج في النطق والكلام، ومعالج نفسي. كما تمّ التنسيق بين الأسرة والمدرسة، وبفضل هذا العمل العلاجي المتكامل تحسنت حالة الطفل السلوكية والعقلية والاجتماعية وكان ذلك بعد حوالي ثلاث سنوات من العلاج المركّز.

نستخلص من التعريف السابق ما يلي:

١ ـ أن طفل فرط النشاط والحركة يعاني من الحركة الزائدة المزعجة مع تأخر في عمليات النمو والنضج.

٢ ـ يعاني من قصور في عملية الانتباه والتركيز، كما يعاني من شرود الذهن وسهولة التشتت.

٣ ـ غير قادر على الاستمرار في المهمة أو العمل لفترة طويلة.

٤ ـ لا يستطيع الجلوس ساكناً، ويكون دائم الجلوس والوقوف، مع مشاكل في العلاقات الاجتماعية.

٥ ـ يندفع في سلوكياته، ولا يستطيع السيطرة أو التحكم في سلوكه.

٦ ـ يترتب على هذه السمات السابقة صعوبات في مجال التعلم، وتأخر دراسي. . .

٧ ـ قد لا يفسّر الأمور جيداً، وقد لا يفهم ما يقرأ (Dyslexia)، مع تأخر في المحصول اللغوي أو في نمو اللغة.

٨ ـ يعاني من صعوبة في القراءة والكتابة والحساب والتعبير. . .

٩ ـ يشترط لهذه السمات أن تستمر لفترة ستة أشهر على الأقل (كما هو وارد في معايير التشخيص التي سيرد ذكرها فيما بعد).

١٠ ـ إن العديد من حالات فرط الحركة تكون نسبة الذكاء (IQ) لديهم أقل من المتوسط (١٠٠).

١١ ـ تشتد الأعراض عندما تكون ردود فعل الآخرين من حوله سلبية تجاه حالته المرضية.

وباختصار، هذه الحالة لدى الأطفال (وصغار المراهقين) هي حالة مرضية يمكن التخفيف من حدتها أو علاجها، وتجدر الإشارة هنا إلى أن هذه الحالات هي ليست حالات تخلف عقلي أو اضطراب عقلي ذهاني (Psychotic)، كما أن هذه الحالات لدى الأطفال تؤدي إلى مشاكل انفعالية ـ سلوكية، وصعوبات أسرية اجتماعية، وعادة يأتي الأهل بطفلهم إلى العيادة للعلاج بسبب مشكلات سلوكية أو صعوبات مدرسية، وتكون هذه المشكلات وهذه الصعوبات قد اشتدت وأصبحت مزعجة للأسرة، وللمدرسة. . . كما ترتب عليها صعوبات وقضايا أخرى، وهذه كلها غالباً ما تكون نتيجة مباشرة أو غير مباشرة لحالة الطفل وعدم قدرته على تحقيق الانتباه والتركيز والفهم الكامل للأمور من حوله، أو التواصل المناسب مع المحيط. ويجب ملاحظة أن أعراض فرط الحركة المذكورة آنفاً يجب أن تكون مستمرة لدى الطفل على الأقل لمدة ستة أشهر كما أشرنا في السابق حتى يتم الحكم والتشخيص بشكل صحيح على حالة الطفل.

الفصل الثاني

لمحة تاريخية

عن مراحل تفسير اضطراب فرط النشاط والحركة الزائدة:

إن لهذا الاضطراب تاريخ قديم وجذور قديمة، فقد قام العديد من الكتاب والمربين والباحثين بوصف هذا الاضطراب دون أن يتمكنوا من تفسيره التفسير العلمي الصحيح كما هو الحال في الوقت الراهن. ولعل القصيدة التي كتبها هنري هوفمان (Heinrich Hoffman) عام (١٨٦٣) تؤكد على وجود مثل هذه الحالات لدى الأطفال. وهي قصيدة يصف فيها الشاعر حالة طفل اسمه فيليب يعاني من حالة فرط الحركة ونقص الانتباه، يقول في هذه القصيدة:

فيليب كفاك عصبية وعناداً ومشاكسة
فالطاولة ليست مكاناً للشغب أو للعبث
هكذا يقول الوالد لابنه جاداً غير هازل
والأم صامتة حانقة تنظر هناك وهناك.
إلا أن فيليب يصم أذنيه عن أية نصيحة أو أمر
ويتابع مشاكسته بطريقته الخاصة
غير مكترث بأحد، وبأي ثمن كان.
يثب، يقفز، يدور، يعبث، ويهتاج،
يتلوى، ويتقلب هنا وهناك وفي كل مكان.
على الكرسي، على الطاولة، على الأثاث
إلى أن يصرخ الوالد غاضباً:
فيليب كفى، توقف، ما تفعله لا يطاق
إلا أن فيليب يصم أذنيه، غير مكترث

هنري هوفمان (١٨٦٣)

لقد كان الاعتقاد السائد قديماً بأن عباقرة العالم أمثال نيوتن، وتشرشل، وأنشتاين... وغيرهم، كانوا يعانون من هذا الاضطراب في صغرهم، إلا أنه وبعد تقدم الدراسات الطبية والعصبية والنفسية والتربوية... اتضحت للباحثين والعلماء

أعـراض هذا الاضطراب لدى الأطفـال والمراهقين، وتمكن هؤلاء من تفـسـيـر هذا الاضطراب وعلاجه. وقد اقترن هذا الاضطراب في بادىء الأمر بصعوبات التعلم (Learning Disabilities)، حيث كان يعتقد في بادىء الأمر أن كل طفل يعاني من صعوبات في مجال التعلم هو متخلف عقلياً، أو مضطرب انفعالياً، أو أنه يعاني من حرمـان اجتـمـاعي ـ ثقافي داخل الأسرة والمجتمع، إلا أنه وبعد عام (١٩٤٥) وبفضل تطور الدراسات الطب نفسية والعصبية وطب الأطفال. . . تبين للباحثين أن حالات فرط الحركة ونقص الانتباه والاندفاع في السلوك ترجع إلى حدوث اضطراب في نمو الجـهـاز العـصـبي وفي وظائف هذا الجهـاز، وهذا يرجع إلى عـوامل وراثيـة، وعوامل قبل الولادة، وعوامل ولادية وبعد ولادية، كما تبين بأن الصعوبات والمشاكل التي يعاني منها هؤلاء الأطفال تشبه إلى حد ما الصعوبات والمشاكل التي يعاني منها الأطفال ذوي الإصابات المخية بالرغم من أنهم يبدون طبيعيين، واعتبر هؤلاء الأطفال ذوي اضطرابات وظيفية مخية بسيطة (Minimal Brain Dysfunction)، إلا أن هذا الرأى لم يكن قوياً بسبب عدم وجود دليل علمي حوله، وفسر ذلك بتفسيرات مختلفة من بينها أن طفل فرط الحركة ونقص الانتباه، لديه خلل في وظيفة الموصلات العصبية في الجهاز العصبي (Synapses)، وكذلك خلل في وظائف النواقل العصبية (Neurotransmiters)، ولوحظ أن معظم وظائف المخ الحسية والحركية تعمل، ولكن بعض هذه الوظائف لا تعمل بالشكل العادي أو الصحيح.

وبعـد عـام (١٩٦٥) وبفـضـل جـهـود علمـاء التـربيـة الخـاصـة وأطبـاء الأعـصـاب وجـمـعيـات المعوقين والمعهـد الوطني للأمراض العصبيـة في أمـريكـا (National Institute of Neurological Diseases) تم تعـريف الاضطراب المخي البسيط لدى الأطفال، على أنه اضطراب يصيب الأطفال الذين هم في مستوى ذكاء عام في حدود العادي أو المتوسط، أو فوق المتوسط أحياناً، مع ضعف محدد في عملية التعلم وفي السلوك، وهذا الاضطراب المخّي البسيط يصاحبه اضطراب في الوظائف العصبية العقلية والمعرفية والتي هي أساس عملية التعلم مثل اضطراب في عملية الادراك (Perception) واضطراب في اللغة وفي الانتباه وفي الذاكرة وفي الاندفاعية أو في الوظيفة الحركية، ومن الطبيعي أن هذا الاضطراب الوظيفي المخي

تتبعه مصاحبات سلوكية وانفعالية واجتماعية. . . كما تتبعه صعوبات في التعلم وتخلف في التحصيل الدراسي. وقد لخص لنا الباحثون أهم صفات الأطفال الذين يعانون من اضطراب وظيفي مخي بسيط بالتالي:

١ ـ صعوبة القدرة على التعلم مع تخلف دراسي (عام في الغالب).

٢ ـ فرط النشاط والحركة وشرود الذهن والاندفاعية بالسلوك.

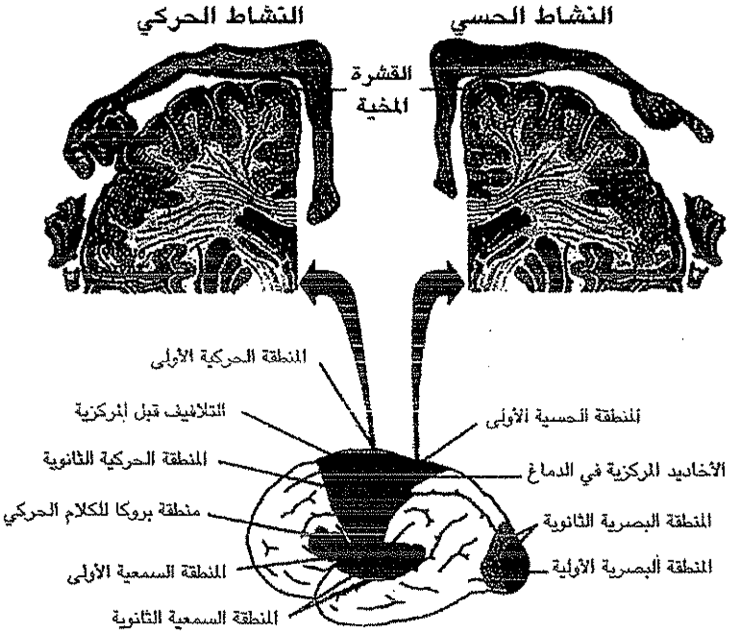
٣ ـ مشكلات اجتماعية وانفعالية وسلوكية، وغير ذلك. . .

٤ ـ اضطرابات في النمو.

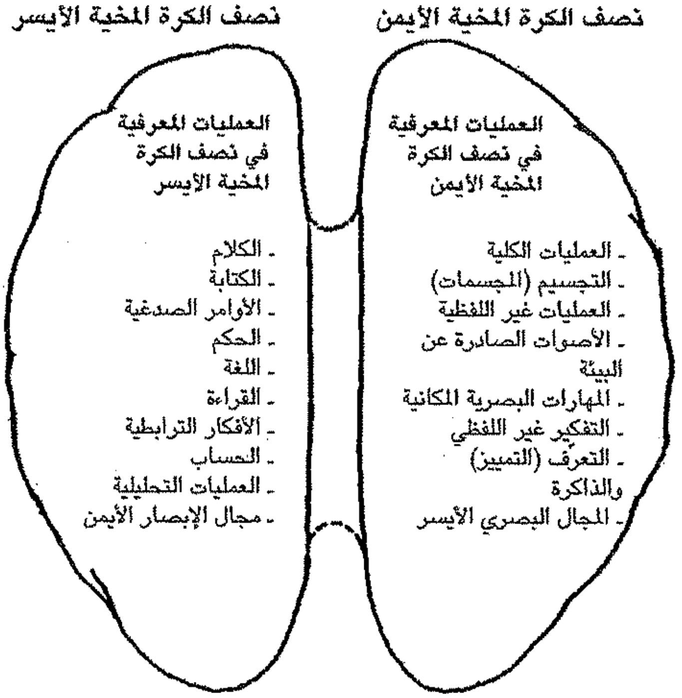
واستمرت الدراسات حول هذا الاضطراب، وتمّ تحديد الصعوبات التي تواجه الطفل الذي يعاني من الصفات السابقة، وتركزت هذه الدراسات حول تلاميذ المدارس الذين يعانون ن صعوبات في مجال التعلم، أو صعوبات في اتقان المبادىء الأساسية التعليمية، حيث وجد بأن مثل هذه الصعوبات توجد داخل كل صف دراسي، وهي تؤثر بدورها على أداء المعلم، وقد تكون هذه الصعوبات أكثر وضوحاً وانتشاراً لدى التلاميذ المتخلفين دراسياً بالمقارنة مع باقي فئات التلاميذ، كما وجد بأن هذه الصعوبات تختلف من طفل لآخر، وذلك من حيث الشكل والشدة والنوع، وهي تسهم في زيادة الفروق الفردية بين التلاميذ وقد تكون هذه الصعوبات في مجال القراءة (Dyslexia)، أو صعوبات في مجال الكتابة (Dysgraphia)، أو صعوبات في مجال الحساب (Dyscalculia). . . الخ، وهكذا، أصبح يشار إلى حالات فرط الحركة والنشاط ونقص الانتباه والاندفاع بالسلوك على أنها حالات صعوبات تعلم، أو بمعنى آخر هي حالات تصاحبها صعوبات في مجال التعلم.

فرط الحركة ونقص الانتباه وصعوبات التعلم:

إن عملية التعلم تتطلب من المتعلم أن تتوفر لديه بعض القدرات والوظائف العقلية، مثل القدرة على الادراك والفهم والاستيعاب والانتباه والتذكر والتصور، وكذلك القدرة على القراءة والكتابة والتعبير والنشاط الحركي، . . . وقد تكون هذه الوظائف ضعيفة، أو معاقة ومعطّلة لسبب ما وظيفي عصبي، كما هو الحال لدى طفل فرط النشاط والحركة، وعادة ينظر إلى صعوبات التعلم من خلال وظائف الجهاز العصبي المركزي وعلاقة ذلك بعملية الاكتساب والتعلم حيث أنه من المعلوم علمياً أن في الجهاز العصبي المركزي وبالذات في القشرة الدماغية (The Cortex) (انظر الشكل رقم ١ والشكل رقم ٢) تتوضع المناطق الحسية والمناطق الحركية والمناطق المعرفية التي تقوم بالوظائف الحسية مثل تلقي المنبهات (Stimulus) الحسية، وتفسيرها، واصدار الاستجابات أو الحركات التوافقية المناسبة.



شكل رقم (١)
المناطق الحسية والحركية في القشرة المخية



شكل رقم (٢)
العمليات المعرفية في نصفي كرة المخ

إن أي عملية تعلم تكون ضمن هذه الخطوات، وهي تلقّي الحواس للمعلومات من المصادر والمثيرات الخارجية (أو الداخلية)، ثم يتم نقل هذه المعلومات إلى الدماغ حيث يتم فهم وتفسير ومعالجة هذه المعلومات وتسجيلها في الذاكرة كخبرات للاستفادة منها في مواقف الحياة المتغيرة والمختلفة، والخطوة الأخيرة هي التعبير عن هذه المعلومات الموجودة في الذاكرة عن طريق اللغة، أو الحركة أو السلوك... إذن يمكننا القول إنه في أي عملية تعلم توجد مدخلات، ومتغيرات وسيطة، ومخرجات هي السلوك، وهذه تؤثر في مشاعر الفرد، وأفكاره وتدفعه نحو القيام بسلوك معين دون آخر (سلوك هادف)، والمشكلة أنه قد يكون لدى الطفل ضعف نمائي في عملية استقبال وانتقاء المثيرات الحسية، كما يكون لديه ضعف في عملية الادراك الحسي البصري، أو

السمعي، أو اللمسي، أو الشمّي، أو التذوقي، أو الادراك الحسّي الحشوي. . . إن اضطراب الإدراك الحسي البصري يعني أن الطفل يصعب عليه تنظيم شكل ووضع وأبعاد وخصائص ما يشاهد. فقد يخلط الطفل مثلاً في كتابة الأحرف المتشابهة تقريباً مثل الأحرف (db - pq) أو بين الأحرف (W - M)، أو أنه يعكس الأرقام، أو نجده عندما يحاول القراءة والكتابة لا يمسك القلم جيداً، وقد يقفز على بعض الكلمات، أو يقرأ الجملة مرتين، وقد يجد الطفل صعوبة في ادراك الشكل والأرضية وتمييزهما عن بعض، وكذلك عدم ادراك المسافات أو الأبعاد، وكذلك عدم إدراك العمق مما قد يعرّض الطفل إلى عدة حوادث، يضاف إلى ذلك صعوبة الادراك السمعي فالطفل الذي يعاني من فرط الحركة لا يعطي اهتماماً كافياً أو أولوية للأصوات القادمة إليه، ونجده يرتبك إذا سمع عدة أصوات من مصادر مختلفة، وهنا الطفل لا يميّز بين أي من الأصوات أكثر أهمية، ويجب الانتباه إليه، ويرى الأهل والمعلمون بأن هذا الطفل قد يخلط بين سماع الأشياء المتشابهة من حيث السماع أو من حيث اللفظ مثل كلمات هوى، نوى، كتب، كبت، كَره (بفتح الكاف وكسر الراء)، وكرة، هبَّ، ذهب أو كلمات مثل (Ball - Bell)، (Blue - Blow)، وقد يجيب الطفل على سؤال يعتقد أنه سمعه، وقد يعاني بعض الأطفال الذين يعانون من فرط النشاط أو الحركة من مشكلة الشكل والأرضية السمعي حيث نجدهم لا يدركون بعض الأصوات، وقد لا يسمعون من يخاطبهم، كما أن مثل هؤلاء الأطفال يحتاجون إلى وقت أطول يقدر بحوالي الثانية الواحدة تقريباً (وذلك بالمقارنة بالأطفال العاديين من نفس العمر)، ولذلك نجد أن هؤلاء الأطفال يفقدون جزءاً من الأصوات المسموعة، أو مما يقال إليهم، مما يجعلهم أحياناً لا يستطيعون تنظيم خبراتهم، أو تنظيم المعلومات الجديدة التي ترد إليهم، أو ربط هذه المعلومات بالمعلومات والخبرات السابقة لدى الطفل وربطها بعضها ببعض بشكل متكامل، ويرى المعلمون أن هؤلاء الأطفال قليلو الانتباه، ويحتاجون إلى وقت أكبر من أجل فهم واستيعاب ما يسمعونه، مما يعرضهم إلى فقدان بعض المعلومات، مثلاً قد ينتهي المعلم من شرح الدرس، ثم يفاجأ بسؤال من تلميذ عن موضوع تم شرحه وتوضيحه في السابق. ويمكن القول بأن طفل فرط الحركة والنشاط يعاني من

اضطراب في الذاكرة قصيرة المدى والذاكرة الآنية[1] حيث نجد الطفل لا يستطيع الاحتفاظ بالمعلومات وتخزينها في الذاكرة لفترة قصيرة من الزمن، وحتى يتم استرجاعها وقت الحاجة، لذلك فإن أداء الطفل الدراسي أو المدرسي غالباً ما يكون ضعيفاً، ولأن الذاكرة قصيرة المدى (Short span memory) تجعل الطفل يحتاج إلى تكرار أكبر للمعلومات واستعمال أكبر للموضوعات حتى يحتفظ بهذه المعلومات (كما هو الحال لدى الطفل العادي الذي يحتاج إلى عدد مرات تكرار أقل)، مثلاً قد يشرح المعلم موضوعاً ما وما إن يذهب الطفل إلى المنزل حتى ينسى هذا الموضوع، وفي بعض الحالات لا يتذكر الطفل إلا شيئاً واحداً من بين عدة أشياء كان قد تعلمها.

وطفل فرط النشاط أو الحركة لديه أيضاً ضعف في عملية التتابع الفكري وفي عملية التجريد واكتساب المفاهيم، فلو طلبنا من الطفل إعادة سرد قصة بسيطة بعد سماعها، نجده يبدأ من جزء منها، ثم يعود إلى أولها، ثم ينتقل إلى نهايتها، بحيث نجد أن تتابع أحداث القصة لا يكون صحيحاً، وقد يعاني الطفل من نفس المشكلة في مجال الكتابة، أو تهجئة الحروف، أو في متابعة الأرقام بشكل صحيح، بالإضافة إلى صعوبة في التصور والتجريد والتفسير للموضوعات الحسية أو المادية، وبعض هؤلاء الأطفال لا يستطيعون فهم معنى الألغاز أو الفكاهة، ويعتقدون بصحة ما يسمعونه ويسلكون في ضوء ذلك. وتضيف بعض الدراسات إلى أن طفل فرط النشاط أو الحركة يعاني من

---

(١) هناك عدة أشكال لذاكرة الإنسان يمكن قياسها بمقاييس خاصة وهي:

١ - ذاكرة المعلومات القديمة (Remote memory).
٢ - ذاكرة المعلومات القريبة أو الحديثة (Recent memory).
٣ - الذاكرة الآنية (Immediate memory).
٤ - الذاكرة المنطقية (Logical memory).
٥ - ذاكرة التوجّه (Orientation memory).
٦ - ذاكرة المعلومات (Information memory).
٧ - الذاكرة الحسابية (ذاكرة الأرقام) (Digit span memory).
٨ - الذاكرة الترابطية (Associate memory).
٩ - الذاكرة البصرية (Visual or Iconic memory).
١٠ - ذاكرة الضبط أو التحكم التلقائي (Mental Control Memory).

اضطراب في عملية التكامل الحسي ككل وخاصة في القدرة على توجيه حركة الجسم ووضع المفاصل والعضلات بحيث يصعب عليه تحقيق التوازن الحركي الجسمي بالشكل المطلوب أو الصحيح ومن أجل انجاز نشاط حركي أو أداء عضوي معين، لذلك قد نجده يتخبط في مشيته، أو يرتطم بالأشياء، أو يجد صعوبة في الأنشطة الحركية مثل الجري والتسلق والسباحة. وباختصار، إن هذا الطفل يعاني من ضعف في تحقيق التتابعات الحسية الحركية البصرية والسمعية، وكذلك ضعف في النواحي اللغوية وفي الحديث والنطق وترابط الأفكار، ومن الطبيعي أن مثل هذه من حالات الضعف تنعكس على حياة الطفل العامة مثل العلاقات الاجتماعية، والجلوس إلى المائدة، وممارسة الرياضة والتحصيل الدراسي وغير ذلك.

ونعود مرة أخرى لنذكر بأن مثل هذه الصفات لدى الطفل الذي يعاني من فرط النشاط والحركة ونقص الانتباه والاندفاع بالسلوك ترجع إلى خلل وظيفي في وظائف الجهاز العصبي، لذلك كان من الطبيعي أن معظم أطفال فرط الحركة يعانون أيضاً من صعوبات في مجال التعلم ومن أعراض سلوكية لا توافقية.

تعريف صعوبات التعلم(١):

تعرف صعوبات التعلم على أنها عبارة عن تخلف أو خلل، أو تأخر زمني نمائي في واحدة أو أكثر من عمليات اللغة والنطق والقراءة والكتابة والحساب وغير ذلك من العمليات التي لها دور هام في عملية التعلم ويكون ذلك بسبب خلل وظيفي محتمل في دماغ الطفل، وإن هذه الصعوبات ليست بسبب تخلف عقلي، أو إعاقة حسية، أو بسبب فروق ثقافية، أو تربوية. . . ، وترى مكارثي ومكارثي (McCarthy and McCarthy) (١٩٦٩) بأنه يدخل في تعريف صعوبات التعلم الحالات التالية:

١ ـ الصعوبة في القدرة على القراءة (Dyslexia) والضعف في التعبير والهجاء.

٢ ـ الصعوبة في القدرة على الكتابة (Dysgraphia).

٣ ـ الإعاقة في الإدراك الحسي (Sensory perception).

٤ ـ الصعوبة في القدرة الحسابية والتعامل مع الأرقام (Dyscalculia).

---

(١) فيصل محمد خير الزراد: (التخلف الدراسي وصعوبات التعلم)، دار النفائس، بيروت، طبعة (٢)، (١٩٩٨).

٥ ـ صعوبات استيعاب المعلومات والنسيان والاضطراب في الذاكرة.

٦ ـ الاضطرابات الوظيفية الدماغية التي تؤدي إلى ضعف القدرة على الفهم والانتباه والتخيل والاحتفاظ والاستدلال والتحليل والتركيب والتجريد... الخ. وغير ذلك من الوظائف العقلية.

ويرى تارنوبول (١٩٦٩) (L. Tarnopol) أن صعوبات التعلم تتجلى بجعل الطفل يعاني من ضعف في فهم الكلمات المسموعة، وفي القدرة على التعبير الكتابي والشفوي، وفي القراءة، وفي فهم العمليات الحسابية والتفكير الرياضي. ويشترط في ذلك ألا تكون هذه الصعوبات بسبب إعاقة بصرية، أو إعاقة سمعية، أو إعاقة حركية، أو إعاقة عقلية.

وترى منظمة الصحة العالمية (WHO) (١٩٧٨) في تصنيفها للاضطرابات العقلية، المراجعة التاسعة، وتحت بند رقم (٣١٥) أن صعوبات التعلم عبارة عن خلل وتباطؤ نوعي في عملية النمو لدى الطفل، وتنسب عملية النمو إلى النضج العضوي والوظيفي والبنيوي، وهذه الصعوبات تنحصر في التأخر النوعي في القدرة على القراءة والكتابة والحساب واللغة والتهجئة، بالإضافة إلى تخلف حركي نوعي.

وجاء في التقرير الأمريكي السنوي لعام (١٩٨٠) القانون رقم (٩٤) وقرار رقم (١٤٢) والمتعلق بتربية الأطفال المعوقين إلى أن صعوبات التعلم غير الإعاقات، وأن مستوى ذكاء الطفل الذي يعاني من صعوبة في مجال التعلم يكون في حدود العادي، أو أكثر من عادي، ويكون مستوى الذكاء أعلى من قدرة الطفل (أو التلميذ) على التحصيل الدراسي أو الانجاز لديه، كما يشترط في صعوبات التعلم عدم وجود تخلف عقلي، أو اضطراب نفسي عميق، أو اضطراب عقلي، أو حرمان ثقافي بيئي، وتعتبر صعوبات التعلم من الأعراض البارزة لدى أطفال فرط النشاط الحركي ونقص الانتباه...

ملاحظة:

هناك فرق بين حالات التأخر الدراسي لدى تلاميذ المدارس وصعوبات التعلم من حيث المفهوم والأسباب والتشخيص والعلاج، ويمكن لمزيد من الايضاحات الرجوع إلى كتاب التخلف الدراسي وصعوبات التعلم للمؤلف، وكذلك قائمة المعلم لتشخيص صعوبات التعلم (انظر الملحق).

أشكال ومعايير صعوبات التعلم:

يصنف العلماء صعوبات التعلم في صنفين هما :

١ ـ صعوبات تعلم نمائية (Developmentel Learning Disability):

وهي تتعلق باضطراب في نمو العمليات أو الوظائف العقلية الضرورية للتلميذ من أجل عملية التعلم، وهذه الصعوبات هي :

١ ـ الصعوبة في الانتباه والتركيز أو الاستماع .

٢ ـ الصعوبة في الإدراك البصري أو السمعي، أو اللمسي للأشياء والموضوعات .

٣ ـ الصعوبة في التفكير .

٤ ـ الصعوبة في اللغة والنطق والكلام .

٥ ـ الصعوبة في الذاكرة واسترجاع المعلومات .

٢ ـ صعوبات تعلم أكاديمية تعليمية مثل:

١ ـ الصعوبة في القراءة .

٢ ـ الصعوبة في الكتابة .

٣ ـ الصعوبة في إجراء العمليات الحسابية .

٤ ـ الصعوبة في الهجاء (Dysorthography) .

والصعوبات النمائية ترتبط ارتباطاً وثيقاً بالصعوبات الأكاديمية وتودي إليها، ولابدّ من أن تؤخذ بعين الاعتبار حتى يتم تشخيص صعوبات التعلم وفهمها بشكل سليم، ووضع خطة لعلاجها .

أما عن معايير تشخيص صعوبات التعلم فهي تتطلب دراسة التاريخ النمائي للتلميذ ومعرفة فيما إذا كانت هناك دلالات على عدم التوازن في النمو بالمقارنة بالمرحلة التي وصل إليها التلميذ، وكذلك دراسة حالة التلميذ من جميع النواحي الصحية والأسرية والمدرسية والاجتماعية والنفسية والعقلية وعادة يتم الاعتماد على المعايير التالية في تشخيص صعوبات التعلم(١) .

(١) زيدان أحمد السرطاوي، عبد العزيز السرطاوي (١٩٨٤)، صعوبات التعلم الأكاديمية والنمائية، ترجمة، مكتبة الصفحات الذهبية، الرياض، صفحة رقم (١٩) .

١ ـ معايير التباعد (Discrepancy Criterion):

حيث يلاحظ لدى التلميذ الذي يعاني من صعوبات التعلم تفاوتاً ملحوظاً بين مستوى نموه العقلي العام (الذكاء العام) أو الخاص (القدرات العقلية الخاصة) وبين مستوى تحصيل التلميذ الدراسي، وعادة يكون مستوى التحصيل الدراسي أقل من مستوى القدرة العقلية لديه، كما يلاحظ أيضاً تباعد في نمو الوظائف العقلية واللغوية والحركية لدى التلميذ، بحيث نجده ينمو في اللغة مثلاً، ويتأخر من حيث نمو التناسق الحركي أو العكس.

٢ ـ معيار الاستبعاد (Exclusion Criterion):

ويقصد بذلك استبعاد حالات التأخر العقلي والإعاقات الحسية والسمعية والبصرية والحالات التي تعاني من اضطرابات نفسية حادة، وحالات الحرمان البيئي ونقص فرص التعلم، فهذه الحالات لا تدخل في إطار صعوبات التعلم مع أنها تؤدي إلى التأخر الدراسي وضعف التحصيل لدى التلميذ.

٣ ـ معيار التربية الخاصة (Special Education Criterion):

ويعتمد هذا المعيار على فكرة أن التلاميذ الذين يعانون من صعوبات في مجال التعلم، بالرغم من أنهم عاديون في قدراتهم ولا يعانون من إعاقات، أو اضطرابات نفسية، فإنهم يحتاجون إلى طرق خاصة في التعليم تتناسب مع صعوباتهم، وتختلف عن الطرق العادية في التعلم.

أسباب صعوبات التعلم:

إن ما يميز الأسباب الحقيقية لصعوبات التعلم عن غيرها من الأسباب التي تؤدي إلى خفض مستوى التحصيل الدراسي هو أن هذه الأسباب ترجع إلى عوامل نمائية، عضوية، وظيفية، تتعلق بنمو الجهاز العصبي والعضوي لدى الطفل، كما ترجع إلى بعض العوامل البيئية، وهذه الأسباب تؤدي بدورها إلى صعوبات نمائية أو اضطرابات في نمو الوظائف العقلية، وهي بدورها تؤدي إلى صعوبات أكاديمية لدى التلميذ، ويمكننا تلخيص الأسباب التي تؤدي إلى صعوبات في مجال التعلم فيما يلي:

١ ـ عوامل وراثية.

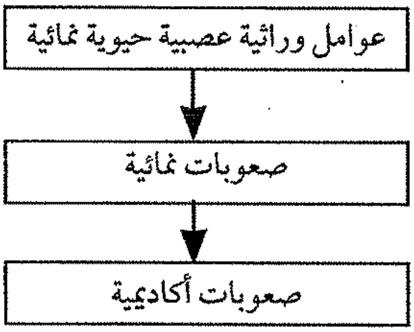
٢ ـ إصابات في الدماغ قبل وأثناء عملية الولادة.

٣ـ عوامل كيميائية حيوية مثل تأثير الأدوية والعقاقير والفيتامينات والأحماض الأمينية على نمو الطفل.

٤ ـ سوء التغذية واضطرابات الأيض.

٥ ـ حرمان بيئي حسي مبكر.

ويمكن توضيح ذلك في الشكل التالي:



إنتشار صعوبات التعلم:

تشير الدراسات التربوية والنفسية أنه ليس هناك إجابة واحدة عن نسبة انتشار صعوبات التعلم بين الأطفال وتلاميذ المدارس، وقد يكون السبب هو استخدام الباحثين لمعايير مختلفة، أو الاكتفاء ببعض المعايير دون غيرها، وكذلك اختلاف المستويات الدراسية والمرحلة التعليمية، وبشكل عام، يشير مايكل بست (Mykel Bust, H.K.) (١٩٦٩)[١] إلى أن نسبة انتشار صعوبات التعلم لدى تلاميذ المدارس بعد اعتماد محك واحد حوالي (١٥٪)، وبعد اعتماد أكثر من محك واحد (٧٪)، كما أن ميير (Meir, J.) (١٩٧١)[٢] وجد أن هذه النسبة تصل إلى (٧ , ٤٪) من تلاميذ المدارس، أما ويسنك (Wissink. J.) (١٩٧٥) فقد وجد أن هذه النسبة تراوح بين (٢ – ٢٠٪) بين تلاميذ المدارس وذلك حسب المرحلة التعليمية.

---

(1) Mykelbust, H.k., and Boshes, B. (1969), (Minimal brain damage to children) final report, Washington D.C., U.S. Dep. of health and welfare. p. 142.

(٢) زيدان أحمد السرطاوي، وعبد العزيز السرطاوي (١٩٨٨)، المرجع السابق، صفحة (٣٥).

دور المعلم في تشخيص صعوبات التعلم:

إن معظم المختصين في مجال التعلم أمثال (Farr, R.) ١٩٦٩، وهاريسون (Harrison, E.M.) (١٩٧٠)، وبيرز (Beers, J.J.) (١٩٨٠)، وشاد (Chad, N.) (١٩٨١) يؤكدون على أنه يمكن للمعلم الناجح أن يساهم وبشكل فعّال وبفضل ملاحظاته المستمرة ومعايشته للتلاميذ وأوضاعهم الأكاديمية، وغير الأكاديمية في تشخيص صعوبات التعلم النمائية والأكاديمية، وقد أكد هؤلاء على أن عملية تشخيص صعوبات التعلم تحتاج إلى ملاحظة دقيقة ومستمرة للتلميذ في أكثر من موقف، أو اختبار، وداخل الصف الدراسي وخارجه وعلى مدار العام الدراسي، بما يوفر معلومات أكبر وأدق حول التلميذ، وهذا لا يتوفر إلا للمعلم، أما الباحث الذي يكتفي بتطبيق بعض الاختبارات، ويعمل على استخلاص نتائج سريعة فإنه لا يستطيع تشخيص صعوبات التعلم بدقة وموضوعية، وخاصة إذا أخذنا بعين الاعتبار أن هناك صعوبات نمائية لا يمكن إغفالها، ويصعب على الباحث تحديدها أو قياسها، بسهولة بسبب عدم توفر وسائل القياس اللازمة، أو ضعف خبرة الباحث في هذا المجال، ولابد من أجل تشخيص هذه الصعوبات من ملاحظة دقيقة، ومتابعة للتلميذ، وتعاون عدة أطراف معينة مثل المعلم، والأخصائي الإجتماعي، والأسرة، وطبيب المدرسة. . . لهذا فإن المعلم وبفضل طبيعة عمله بإمكانه أن يساهم في هذا الدور في تشخيص صعوبات التعلم، وهؤلاء المختصين يرون بأن المعلم أو المعلمة عادة يشتبه بوجود صعوبة في التعلم عندما يلاحظ لدى التلميذ ضعفاً في أداء واجباته المدرسية، مع صعوبة التعلم بالمقارنة بالتلاميذ الآخرين في الصف نفسه، مع بطء في عملية التعلم، وضعف الدافعية، وعدم الانتباه، والفهم، والتركيز، وصعوبة الإدراك الحسي البصري أو السمعي للموضوعات أو الأشياء، أو الأصوات، مع عدم التوافق الحركي، وضعف النشاط العام، مع دلالات واضحة في صعوبة القراءة، أو الكتابة أو إجراء العمليات الحسابية، أو التعبير، وكذلك دلالات إضطراب في النمو. . . ويظهر ذلك من خلال ملاحظات المعلم المستمرة للتميذ وأنشطته الصفية أو اللاصفية، ومن خلال نتائج الاختبارات والتدريبات، كل ذلك يعتبر مؤشراً على أن التلميذ يعاني من

صعوبة في التعلم، شريطة أن لا يكون التلميذ معاقاً عقلياً، أو حسياً، أو حركياً، أو نفسياً، أو يعاني من حرمان بيئي ثقافي اقتصادي (معيار الاستبعاد)، فإذا تبيّن فيما بعد من خلال الإختبارات المدرسية، واختبارات القدرة العقلية أن مستوى تحصيل التلميذ الدراسي أقل من قدراته العقلية أو أقل مما هو متوقع منه كان التلميذ يعاني من صعوبة في التعلم.

ويجب الانتباه إلى أن تحديد التلاميذ الذين يعانون من صعوبات التعلم ليس بالأمر السهل فهذه العملية تحتاج إلى خبرة، ومهارة، ودقة ومعرفة تامة بالتلميذ وأوضاعه التعليمية، كما تحتاج إلى إعداد وسائل قياس مناسبة ومقننة، وإلى جهد ووقت، ومتابعة مستمرة في أكثر من امتحان واحد، وكذلك قياس قدراته العقلية بالاستعانة بأكثر من اختبار واحد مناسب ومقنن. . . وهذا كله دفعاً للأحكام القبلية بأن التلميذ يعاني من صعوبة في التعلم.

لهذه الأسباب السابقة أشار علماء النفس والتربية الخاصة في مجال صعوبات التعلم إلى ضرورة تزويد المعلم بدليل يكون بمثابة بمرشد وموجه له، وبمثابة وسيلة غير رسمية تساعده في عملية تشخيص صعوبات التعلم لدى تلامذته، وقد قام المؤلف بتصميم هذا الدليل على غرار ما جاء في الدراسات والبحوث الأجنبية. وهذا الدليل يشتمل على إطار نظري مرجعي للمعلم حول صعوبات التعلم، وبيانات عامة عن التلميذ، وتعليمات للمعلم، ودرجات التحصيل الدراسي للتلميذ في اللغة العربية وفروعها، وفي الحساب (أو الرياضيات)، والأنشطة الفنية والرياضية، ودرجة ذكاء التلميذ، وبيانات صحية، وصفحة نفسية (بروفيل)، وأخيراً مجالات صعوبات التعلم النمائية والأكاديمية، وقد تم تعديل هذا الدليل بعد عرضه على عدد من أساتذة علم النفس، وأساتذة التربية الخاصة في الجامعات العربية، الذين أجمعوا على فائدة هذا الدليل في تحديد صعوبات التعلم، وفي الكشف عن التلاميذ الذين يعانون من هذه الصعوبات، وكذلك في وضع خطة علاجية بالنسبة لكل تلميذ يعاني من صعوبات محددة في مجال التعليم (الدليل متوفر مع كتاب التأخر الدراسي وصعوبات التعلم)، دار النفائس، بيروت، ص. ب ٥١٥٢ / ١٤ بيروت، لبنان، دار النفائس للطباعة والنشر والتوزيع. انظر ملحق رقم (١).

انتشار حالات فرط الحركة:

تشير الدراسات المتعلقة باضطراب فرط الحركة لدى الأطفال إلى أن نسب انتشار هذه الحالات بين أطفال المجتمعات حتى عمر (١٢) سنة تختلف باختلاف المعايير التي يتم الاعتماد عليها في تشخيص مثل هذه الحالات، فمما لا شك فيه أن الحالات النموذجية من فرط الحركة لدى الأطفال ونقص الانتباه والاندفاع بالسلوك أقل في نسبتها من الحالات التي تتوفر فيها بعض المعايير أو الأعراض. البريطانيون يستخدمون معايير محددة وصارمة لتشخيص هذه الحالات بحيث يرون أن نسبة هذا الاضطراب في حدود ($\frac{١}{١٠٠٠}$) من أطفال المجتمع، بينما في شمال الولايات المتحدة الأمريكية يستخدمون أعراضاً واسعة تتعلق بنقص الانتباه وفرط الحركة (Attention deficit disorder with hyperactivity) (ADDH) وبحيث تصل هذه النسبة إلى (١٠٪) من أطفال المجتمع، وهناك طرق عملية حديثة تعتمد على التفريق بين هذه الحالات، وهي مستمدة من كتابي (DSM-IV) و (ICD-10)، وبناء على ذلك هناك احصائيات تشير إلى النسب المئوية لحالات فرط الحركة لدى أطفال المجتمعات. والجدول التالي رقم (١) يشير إلى ذلك:

جدول رقم (١)

النسب المئوية لانتشار حالات فرط الحركة ونقص الانتباه لدى أطفال المجتمع:

المجتمع	النسبة المئوية
١ ـ الولايات المتحدة الأمريكية	٣,٢٪ ـ ٨٪
٢ ـ نيوزيلانده	١٣٪
٣ ـ ألمانيا	٨٪
٤ ـ ايطاليا	١٢٪
٥ ـ إسبانيا	١٦٪
٦ ـ بريطانيا	١٠٪
٧ ـ الصين	١١٪

أما حالات الأطفال التي تتطلب تدخلاً علاجياً ورعاية خاصة (الحالات الحادة) فلا تزيد نسبتها عن (٢٪) لدى الأطفال من عمر (٩ ـ ١٢) سنة، ونسبة (٥٪) لدى تلاميذ المرحلة الابتدائية الدنيا الذين تتراوح أعمارهم بين (٦ ـ ٩) سنة، أما في الوطن العربي فإنه لا توجد هناك احصائيات دقيقة، إلا أن بعض الدراسات تشير إلى أن هذه النسبة في الوطن العربي تزداد لتصبح (١٥ ـ ٢٠٪) من مجتمع الأطفال، كما أن دراسة أمل بوهارون من كلية الطب في جامعة الإمارات على أطفال إمارة الشارقة عام (١٩٩٦) أشارت إلى أن هذه النسبة تصل إلى حوالي ٢٩,٧٪) من أطفال مجتمع إمارة الشارقة، وهذه النسبة موزعة على النحو التالي: (١٨,٣٪) بالنسبة للأطفال الذكور، ونسبة (١١,٤٪) بالنسبة للأطفال الإناث دون عمر الثانية عشرة وتشير الدراسات العالمية أن نسبة الأطفال الذكور الذين يعانون من فرط الحركة تصل إلى ثلاثة أضعاف الأطفال الإناث الذين يعانون الاضطراب نفسه، أي بنسبة ($\frac{٣}{١}$)، وقد تبين أن هذا الاضطراب ينتشر في المناطق المحرومة وداخل المدن وفي المناطق الفقيرة وفي الأوساط الاجتماعية والاقتصادية الفقيرة. كما تبين أن نسبة (٢٥ ـ ٣٠٪) من الآباء يشخصّون مثل هذا الاضطراب على أنه اضطراب في الشخصية ضد المجتمع (Antisocial) كما أنهم ينظرون إلى يقظة الطفل ليلاً أو عناده وعدم الطاعة (Naughtiness)، أو الحماس أو المرح الزائد (Exuberance) أو الانبساط الزائد على أنه اضطراب في الحركة أو خلل في العقل. . . الخ. هذا وقد ميّز البعض بين أعراض فرط الحركة لدى الذكور التي تظهر عن طريق حركة زائدة، وتحريك اليدين بقلق، وعدم الاستقرار أثناء الجلوس على الكرسي، مع عناد ومشاكسة وعدوان أحياناً، وبين هذه الأعراض لدى الإناث والتي تظهر على شكل تخلف دراسي، أو صعوبات في التعلم، وعدم الاهتمام بالأنشطة واللامبالاة، وما شابه ذلك. وتبدأ الأعراض غالباً في عمر مبكرة حوالي (٦ ـ ٧) سنوات، أو قبل المدرسة الابتدائية.

أما عن مآل الاضطراب (Prognosis) فقد تبين للباحثين أن نسبة (٥٠٪) من حالات فرط الحركة ونقص الانتباه تتحسن وتزول أعراضها بشكل تام وذلك إذا عولجوا مبكراً، كما أن هذه الأعراض تزول تدريجياً كلما تقدم الطفل في عمره، وهناك نسبة (٢٠٪) تبقى أعراضهم إلى مرحلة المراهقة المبكرة (١٣ ـ ١٧) سنة، ونسبة

(٣٠٪) من الحالات تبقى أعراضها إلى ما بعد مرحلة المراهقة، إلى مرحلة الشباب، ويشترط توفر جميع أساليب العلاج الدوائي والنفسي والاجتماعي والكلامي والأسري بشكل متكامل، مع ضرورة متابعة حالة الطفل لمدة (٣ ـ ٦) أشهر.

أسباب حالات فرط الحركة لدى الأطفال:

تجمع الدراسات الطبية والعصبية والنفسية والاجتماعية والنمائية، على أنه لا يوجد سبب واحد وراء حالات فرط الحركة لدى الأطفال، وإنما هناك تضافر مجموعة أسباب أو عوامل متداخلة يصعب تحديدها أو التعرف عليها بدقة تامة، وجميع هذه الأسباب يشير إلى وجود خلل أو عيب في عمليات النمو العضوي في الجهاز العصبي والدماغ مع وجود حد أدنى من الإصابة الدماغية، ومن خلل في الوظائف العقلية، وخاصة وظائف الانتباه واليقظة والقدرة على التركيز والاستيعاب أو الفهم، وغير ذلك من الوظائف العقلية، كما يمكن لعوامل البيئة المبكرة الحادة والسيئة، مثل الانفصال عن الأم، والتفكك الأسري المبكّر، والحرمان الحسّي والعاطفي للطفل، أن تساهم كلها في حدوث اضطراب فرط الحركة لدى الأطفال. وبشكل عام، يمكننا أن نلخص أهم العوامل المساهمة في هذا الاضطراب بالعوامل التالية:

١ ـ العامل الوراثي (Genetic Factor)
وعامل الاستعداد العضوي أو التهيؤ (Predisposition):

إن الدراسات الطبية والعصبية والنفسية حول دور عامل الوراثة تشير إلى أنه يمكن أن يكون اضطراب فرط الحركة لدى الطفل (جزئياً) بسبب عامل وراثي، بمعنى أنه يمكن لهذا الاضطراب أن يكون عَرَضاً لأمراض وراثية ترجع إلى خلل في الصبغيات (الكروموزومات)، أو ترجع إلى زيادة أو نقصان في عدد المورثات (الجينات)، وسواء أكان العامل الوراثي يرجع إلى صبغيات تحمل صفات سائدة أم متنحية.

وقد أشارت الدراسات حول التوائم المولودين من بويضة واحدة (Monozygotic) إلى أن نسبة الأطفال الذين يعانون من اضطراب فرط النشاط والحركة كانت أعلى من الأطفال التوائم الذين ولدوا من بويضتين ملقحتين (Dizygotic)، كما أشارت هذه الدراسات إلى أن العوامل الوراثية تلعب دوراً في

هذا الاضطراب بنسبة (٣٠ ـ ٤٠٪) لأن أطفال فرط الحركة والنشاط يرثون مع أسرهم هذه الأعراض بشكل مباشر أو غير مباشر حيث تكون هناك طفرات (Gene mutation) أثناء تكوين الجنين، ومن المعروف أن العوامل الجينية التي يرثها الطفل عن والديه إما أن تكون عوامل مباشرة حيث تنتقل الصفات الوراثية مباشرة من الأبوين إلى الطفل كما هو الحال في بعض حالات التأخر العقلي مثل حالات تناذر داون (Down Syndrom)، وهي تنتقل عن طريق مورثات (جينات) سائدة (Dominant Genes)، أو مورثات (جينات) متنحية خاملة (Recessive Genes) وتمثل هذه الحالات الوراثية المباشرة نسبة (٩٠٪) من أمراض الوراثة، أو تنتقل هذه الصفات الوراثية بشكل غير مباشر حيث يرث الجنين عيوباً من والديه بسبب بعض الاضطرابات الجينية لدى الوالدين، مما يؤدي إلى اضطراب نمو الجنين وبالتالي إصابة الجهاز العصبي. وهنا، ما ينتقل وراثياً هو الاضطراب أو العيب في تكوين الجهاز العصبي والمخ وليس المرض في حد ذاته.
من هذه الحالات حالات كبر جمجمة الطفل (المولود) (Macrocephalic)، أو حالات صغر الجمجمة (Microcephalic) وحالات استسقاء الدماغ (Hydrocephalic)، ومرض القماءة (Cretinism) (نقص إفراز هرمون الغدة الدرقية)، وحالة زمرة الدم (RH)، وحالة تمثيل حامض الفينيل آلانين (Phenylalanine)، حالات فقد الدماغ (Ancephalic)، وغير ذلك من الاضطرابات. ويرى البعض أن عامل الوراثة غير المباشر له دور في اضطراب فرط النشاط والحركة ونقص الانتباه، كما أن الدراسات الحديثة تؤكد على أن الأطفال الذين يعانون من الصرع (Epilepsy)، أو أي اضطرابات دماغية يكونون أكثر استعداداً للإصابة بأعراض فرط الحركة علماً بأن أطفال فرط الحركة لا تظهر عليهم أي أعراض أو علائم عصبية ظاهرة، إلا أن هناك دلائل عصبية ونفسية ناتجة عن دراسات علمية تشير بأن حالة فرط الحركة يمكن أن تكون بسبب نقص في وظيفة الكف العصبي في الفص الأمامي للدماغ. والواقع أن الدراسات الكيميائية (Neurochemical) واستخدام العقاقير المضادة للتشنجات (Anticonvulsants) مثل الباربتيورات (Barbiturates) والبنزوديازيباين (Benzodiazepines) وكذلك المنشطات (Stimulants)، والتي أفادت في علاج حالات فرط الحركة أكدت كلها على أن

المشكلة في فرط الحركة قد ترجع إلى عدم توازن عصبي كيميائي لدى الطفل، ولكن لسوء الحظ لم يكن بالامكان إجراء دراسات معمقة في هذا المجال بسبب تعدد العقاقير وتأثيراتها المتعددة على النواقل العصبية (Neurotransmitters) والمستقبلات العصبية (Receptors). وسنرى فيما بعد كيف أن بعض النظريات ترى بأن حالة فرط الحركة تثار بسبب أطعمة أو مشروبات محددة.

من ناحية أخرى فإن بعض الدراسات تشير إلى أن الطفل قد يرث الاستعداد للإصابة باضطراب ما، ولكن هذا الطفل لا يرث المرض أو الإضطراب في حد ذاته، ومما لا شك فيه أن عامل الاستعداد العضوي والعصبي من العوامل الهامة التي ترتبط بدورها بالعوامل الوراثية، كما يتأثر هذا العامل بالعوامل المؤثرة على الطفل قبل وأثناء وبعد ولادته، وعامل الاستعداد يؤثر في وظائف الجسم العصبية والعضوية والكيميائية.. وقد يوجد لدى طفل دون آخر وفي الأسرة الواحدة نفسها، ويشبه ذلك حساسية الجهاز العصبي، أو ضعف جهاز المناعة.. الخ. ومعظم الاضطرابات الناجمة عن عامل الاستعداد غالباً ما تكون بسبب عدم توفر ظروف بيئية (كيميائية - حيوية - فيزيقية) لتحقيق تفاعل إيجابي للمورثات داخل البويضة الملقحة، مما يؤدي إلى تكوين كائن عضوي أو جنين يعاني من الضعف في تكوينه البنيوي العام، وهذا الضعف قد يتركز في بعض أعضاء الجسم دون غيرها، مثل جهاز الدوران أو القلب أو الجهاز العصبي، أو في الحواس، أو في جهاز التنفس.. إلخ، فإذا تسلّطت المشكلات الصحية والعضوية (لأسباب ما) وكذلك الضغوط والصراعات النفسية على الفرد، وخاصة في مراحل نموه الباكرة فإن ذلك من شأنه أن يؤدي إلى اضطرابات عضوية بنيوية أو وظيفية غالباً ما تترك أثرها السلبي في نشأة الفرد وقدراته ومهاراته ووظائفه الحياتية، ولا يشترط أن يكون موضع الاضطراب محدداً أو يمكن تشخيصه وخاصة بعض الاضطرابات العصبية التي تؤثر في وظائف الفرد.

إننا كثيراً ما نجد طفلاً عادياً في نموه وحواسه، ومع ذلك نجده يعاني من صعوبات في مجال التعلم، أو اضطرابات في سلوكه، أو في نومه، أو أنه يعاني من تبول لاإرادي... ولم تتمكن الكشوف والتحاليل الطبية وصور الأشعة من الكشف عن خلل في جسمه أو في جهازه العصبي، وفي مجال الدراسات النفسجسدية

(Psychosomatic) أشار فرانز ألكسندر (١٩٣٢) إشارة واضحة إلى أهمية عامل الاستعداد الذي رمز إليه بالعامل المجهول (X.F) لأنه لم يعرف له موضعاً محدداً في الجسم، كما كانت هناك إشارة اضحة إلى أن العَرَض المرضي (Symptom) من الأسهل عليه أن يستخدم (أو يصيب) موضع المقاومة الأضعف في الجسم، ومثل هذا الموضع الضعيف تحدده عوامل وراثية وعامل الاستعداد وعامل الولادة وبعد الولادة.

ويضيف العالم الأمريكي روبرت هافجهرست (Havighurst, R.J.) (١٩٥٢) إلى أن لكل مرحلة من مراحل نمو الإنسان مطالب للنمو الصحيح (Developmental Tasks)، وهذه المطالب تختلف من مرحلة نمو إلى مرحلة أخرى بدءاً من علاقة الزوجين قبل الحمل، حيث هناك مطالب للزوجين إذا تحققت، فإننا - غالباً - ما نضمن تكوين أسرة أطفال سعداء أو أسوياء، ثم مطالب للجنين قبل ولادته، ثم مطالبه بعد ولادته، وهكذا في جميع مراحل الحياة. بينما يؤدي الفشل أو عدم القدرة على تحقيق هذه المطالب (ولو جزئياً) إلى نوع من عدم النمو العضوي والوظيفي الصحيح وكذلك عدم القدرة على التوافق مع متطلبات البيئة والحياة بشكل عام. لذلك يؤكد هافجهرست وغيره من الباحثين على أهمية التاريخ التطوري النمائي للطفل من حيث أنه كائن حي، ويوضح هافجهرست ذلك بقوله: «يلاحظ في نمو الجنين الإنساني - على سبيل المثال - أن كل عضو له وقت خاص يظهر فيه، وهذا العامل الزمني في تحديد ظهور العضو تبلغ أهميته نفس أهمية العضو ذاته، فإذا لم تظهر العين في الوقت المناسب فلن يتيسّر لها كعضو أن تنمو بشكل صحيح طالما أن اللحظة المناسبة لظهور عضو آخر قد حانت، الأمر نفسه يترتب على إضعاف قدرة المنطقة العضوية الأقل فعالية أو نشاطاً، مما يؤدي إلى ضعف وظيفي في العضو، وبالتالي فإن العضو الذي يتعطل وقت ظهوره لسبب ما فإنه لا يعطّل كعضو واحد فقط بل ويعطّل ذلك سير عملية النمو في سائر الأعضاء الأخرى. وهكذا يتم اضطراب النسق الوظيفي العام لعملية النمو مما يترتب عنه فيما بعد مضاعفات عقلية وجسمية وسلوكية وغيرها، قد يكون من أعراضها فرط الحركة . . .».

ويعتبر هافجهرست هذا النموذج الحيوي لنمو الجنين منطبقاً على مفهومه حول مطالب النمو، فإذا لم يتحقق مطلب النمو (أي حاجات الفرد ومتطلباته النمائية) في

الوقت المناسب فإنه لن يتم إنجازه بطريقة سليمة فيما بعد، ويترتب على الفشل في إنجاز مطلب النمو في مرحلة ما من مراحل النمو فشل كليّ أو جزئي في إنجاز المطالب الأخرى المستقبل، وكما أنه يوجد زمن محدد وخاص لنمو أعضاء الجسم، توجد كذلك أوقات محددة لنمو مظاهر الشخصية، فإذا لم تتحقق لدى الفرد مطالب نمو الشخصية كما في حالة الحرمان من الأم، والتفكك الأسري، وعدم توفير الغذاء الكافي والرعاية الصحية اللازمة، . . . فإن ذلك يحول دون تكامل الشخصية في المستقبل . . . أو اضطراب وظائفها. إن الكائن الإنساني يمر في نموه بعدة مراحل تمتد من الزوجين، إلى الجنين، إلى المولود الرضيع، إلى الطفل، إلى البالغ والمراهق، إلى الشاب ثم إلى الرجل ثم إلى الشيخ الهرم، ولكل مرحلة من هذه المراحل المتفاعلة (سلباً أو ايجاباً) خصائص ومطالب وحاجات خاصة بها فإذا لم تشبع هذه الحاجات بالشكل الصحيح والمناسب فإن ذلك سيؤثر على نمو الفرد وعلى مراحل النمو التالية سواء أكان ذلك بالنفع أم بالضرر، ونتيجة لذلك فإن النمو قد يكون سوياً أو يكون غير سوي، وهذا كله يرسّب لدى الفرد عامل الاستعداد العضوي أو العقلي أو الاجتماعي أو الشخصي . . . الخ. ومما لا شك فيه أن للبيئة الخارجية وعواملها دوراً هاماً في ذلك.

٢ ـ عوامل ما قبل الولادة وبعدها:

من العوامل التي تساهم في اضطراب فرط الحركة لدى الأطفال تلك التي تؤثر على الجنين والأم قبل الولادة وبعدها، حيث تؤكد الدراسات أن الجنين البشري يكون حساساً جداً لجميع التغيرات التي تطرأ على الأم، ويرى العلماء بأن هناك فترات حسّاسة أو حركة في تطور الجنين، وهذه الفترات يتضاعف خلالها تأثير العوامل الداخلية أو الخارجية والتي قد تؤثر على العمليات العضوية والوظيفية التي تتكون عن طريقها تركيبات الجسم ووظائفه الحيوية العادية، مثلاً، إن إصابة الأم الحامل بحمى الحميراء (الحصبة الألمانية) يؤدي إلى حدوث شذوذات أو ضعف لدى الجنين، كما أن سوء التغذية لدى الأم يؤدي إلى ضعف بنيوي ووظيفي لدى الجنين قبل وبعد ولادته، ومن بين العوامل المؤثرة على الجنين (كنا قد أشرنا إلى بعضها بايجاز) العقاقير والأدوية التي تتناولها الأم أثناء الحمل مثل عقار التاليدوميد مثلاً (Thalidomide) الذي

استعملته الأمهات (في السابق) كمضاد لإقياء الحمل والغثيان، فقد لوحظ أن لهذا العقار تأثيراً ساماً مشوهاً على الجنين، وكذلك عقار الأمينوبترين (Aminopterine) الذي يؤدي إلى إنهاء الحمل، يضاف إلى ذلك العقاقير المضادة للصرع، والأدوية المهدئة والمنومة وأدوية (الحمية) المسببة لفقدان الشهية للطعام (Anorexia) مثل عقار (Dextroamphetamine)، وكذلك عقار الكينين، وعقاقير الهلوسة والمخدرات مثل الكوكائين (أطفال الكوكائين) والمورفين والحشيش وحالات التدخين الحاد وتعاطي الكحوليات. . كل ذلك يؤثر بشكل مباشر أو غير مباشر على بنية الجنين وجهازه العصبي ونموه فيما بعد، بالإضافة إلى أن هذه العقاقير قد تؤدي إلى ولادة قبل الأوان أو ولادة مشوهة مع آلام في المخاض لدى الأم.

يضاف إلى ذلك سوء التغذية لدى الأم والجنين، وقد تبين أن نقص البروتينات والفيتامينات لدى الأمهات وفي المراحل الباكرة للحمل يلعب دوراً هاماً سلبياً في نمو حمولهنّ حيث ينجبن غالباً أطفالاً ضعافاً يكونون عرضة لأمراض فقر الدم والكساح والدرن ونزلات البرد واستسقاء الدماغ وضعف القدرة العقلية والتأخر في المشي وفي النطق وفي التحكم في عملية الإخراج، كما أن إصابة الأم بضغط الدم وبمرض السكر وبالأمراض المعدية الإنتانية التي تسبب نقل الفيروسات والبكتريا إلى الجنين (عبر المشيمة)، مثل فيروسات مرض الجدري والحصبة والنكاف والحمى القرمزية والانفلونزا وغيرها، مما يحدث اضطراباً في نمو الجنين، وقد تؤدي إلى إصابته قبل أو بعد ولادته، كما هو الحال بالنسبة لبعض حالات الضعف العقلي أو البكم أو مرض الزهري (السفلس)، أو مرض السل والملاريا ومرض نقص المناعة التي قد تصاب بها بعض الأمهات وتنتقل إلى الجنين والطفل، وهذه الفيروسات قد تؤدي إلى التهاب السحايا (Meningitis) أو التهاب الحبل الشوكي، أو استسقاء الدماغ، أو صغر حجمه، أو إصابات عصبية عضوية وظيفية أخرى.

كما أن التعرض المفرط للأم لأشعة إكس أثناء الحمل، أو إلى أشعة الراديوم قد يؤدي إلى الإجهاض، أو إلى شذوذات عقلية أو جسمية مع اضطراب في وظائف الجهاز العصبي. ويرى بعض الباحثين بأن تقدم عمر الأم، أو تعرضها لضغوط نفسية حادة أثناء الحمل، بالإضافة إلى اتجاه الأم نحو حملها ومدى رضاها عن ذلك، وعملية

الولادة في حد ذاتها، والتغيرات البيوكيميائية العصبية والهرمونية المرتبة على ذلك، بما في ذلك إفرازات الأدرينالين، والنورأدرينالين، ونقص هذه المواد الهرمونية في ساق المخ (Brain Stem) مما يترتب عليه أعراض فرط الحركة لدى الطفل. هذا، وقد تم قياس مادة النورأدرينالين في دم طفل فرط الحركة وفي بوله وفي النخاع الشوكي وتبين نقصان هذه المادة لدى أطفال فرط النشاط الحركي، وهذا ما جعل الباحثين يعتمدون فكرة أن العقاقير المنبهة تساعد في التقليل من سلوكيات فرط الحركة.

٣ ـ أساليب التنشئة الأسرية الخاطئة، وتعرّض الطفل للرعاية الزائدة، أو للحرمان وللمشاكل الأسرية:

إن للأم والأب دوراً هاماً في تنشئة أطفالهما، ورعايتهم وتدريبهم وتكوين شخصياتهم، وقد أكد علماء الطب والطب النفسي وعلم النفس على أهمية دور الأم، وخاصة في المراحل المبكرة من حياة الطفل، فعلاقة الأم بطفلها تعتبر بدايات لنمو قدرات الطفل وإدراكاته، وكذلك من أجل توفير النمو الصحيح للوظائف العضوية والعقلية والنفسية والاجتماعية لدى الطفل، ويمكن التمييز بين عدة أشكال لهذه العلاقة سواء بين الأبوين وطفلهما، أو بين الأم وطفلها، وهذه الأشكال قد تنعكس ايجاباً أو تنعكس سلباً على شخصية الطفل وقدراته، فهناك على سبيل المثال الأم التي تبالغ في حماية طفلها لدرجة الدلال المفرط والقلق الشديد عليه، وهنا نجد الطفل لا ينمو في شخصيته وفي قدراته النمو السليم، ونجده يعتمد اعتماداً شبه كلي في اشباع حاجاته على الآخرين، ولا يتحمل المسؤولية، ولا يشعر بالواجبات، ويكون اتكالياً، سلبياً، لامبالياً. . . مع قصور في النضج النفسي والعقلي والاجتماعي والحركي.
وهناك الأم ذات الشخصية المتسلطة القاسية التي تسقط عصبيتها ومشاكلها على طفلها (أو على كل من حولها)، وتعمل على تنمية حب العناد والمشاكسة والانفعال والبكاء وتدمير الأشياء والعدوان أو الاستسلام والخضوع لطفلها. وهناك الأم (النرجسية) التي ترفض طفلها، أو تهمله بسب عصبيتها أو جهلها أو كراهيتها لزوجها، أو بسبب مشاكل أسرية. . . وهناك الأم التي تغالي وتشدد على النظام والطاعة والتمسك بالآداب مما قد يؤدي بالطفل إلى الجمود والصراع والإحساس بالإثم والقلق والخوف

وضعف الثقة بالنفس واتهام الذات والإحساس بتأنيب الضمير، وبهذا الشكل لا يتوفر لدى الطفل الوعي الأمومي اللازم أو الفهم الكافي لخصائص الطفل مما يؤدي إلى اضطراب في عملية التربية الأسرية وبالتالي اضطراب السلوك، يضاف إلى ذلك أثر عامل الحرمان العاطفي من الأم وذلك بسبب الانفصال أو الطلاق، أو الوفاة، أو انشغال الأم عن طفلها. . وهذا الحرمان العاطفي من الأم بما فيه حرمان للطفل من عطف وحنان أمه، وفقدان العلاقة الحسّية مع الأم من شأنه أن يؤدي إلى اضطراب في تنشئة الطفل. ومن المعروف علمياً أن الأمهات العصابيات يصعب عليهن تقديم أمومة سليمة لأطفالهن، وهذا ما تترتب عنه بعض السلبيات من بينها: اضطراب سلوك الطفل، والنكوص (Regression)، والكذب والعناد والمشاكسة والعدوان وقضم الأظافر واللازمات العصبية، عدا الخوف والقلق وعدم الاستقرار النفسي والحركي.

إن الأم مصدر إثابة الطفل، وهي مصدر الغذاء والرعاية الصحية والحنان والتخفيف من الآلام لذلك يكون لديها القدرة الأكبر على تشكيل سلوك الطفل بشكل صحيح، وهذا قد لا يتوفر لدى كل من ينوب عن الأم الحقيقية مثل المربيات وغيرهنّ، ولا ننسى أيضاً دور الأب في معاملة أطفاله وتعويضه جزءاً من حنان الأم، فقسوة الأب وتسلطه يقيّد نشاط الطفل وحركته أو يدفع به إلى العناد والعصيان، ولأن ما يهم الأسرة (والمعلم) هو ما يدركه الطفل من خلال توجيهات والديه أو معلميه، ولأن الطفل يستجيب سلوكياً حسب ما يدرك هو، وليس حسب ما يدرك الآخرون من

للمطالعة

الاتجاه في التنشئة الأسرية كما يعرفه جوردن البورت بأنه عبارة عن حالة استعداد عقلي عصبي وجداني تنظمه الخبرة الحياتية، ولهذه الحالة تأثير موجّه وديناميكي على سلوك الفرد واستجاباته نحو الأفراد أو الموضوعات أو المواقف المرتبطة بها. واتجاه الوالدين في تنشئة أطفالهم هو ما يراه الأبوان وما يتمسكان به من أساليب في معاملة الطفل وتوجيهه وتربيته منذ ولادته، وتشير الدراسات النفسية إلى أن الاتجاهات الوالدية في تربية الأطفال تأخذ الأشكال التالية: التسلط، الحماية الزائدة، الإهمال والنبذ، التدليل، القسوة، إثارة الألم. وهناك الاتجاه الديمقراطي المعتدل أو الموضوعي، وهناك من يفرّق في تربية أطفاله، وقد تتذبذب أساليب التربية، ولجميع هذه الأساليب إيجابيات وسلبيات على الطفل وشخصيته وقدراته ومهاراته وعلاقاته ومستقبله.

حوله، لذا كان عامل فهم الطفل ومدركاته واحتياجاته ضرورياً في عملية إرشاد أو توجيه الطفل. ولهذا يفسّر العديد من علماء النفس ظاهرة فرط الحركة لدى الأطفال على أنها مؤشر على وجود مشاكل أسرية، وأن من المحتمل أن تكون شخصية الأم من النوع العصابي، المتوتر، القلق والقاسي أو المتسلط على أطفاله، وأن الطفل يعاني من النبذ والرفض من الأم أو من الأب، وغير ذلك. ومن العوامل الأسرية البارزة في مجال فرط الحركة الحرمان الحسّي المبكر للطفل من المثيرات الحسية البيئية التي تعمل على تنمية قدرات الطفل العقلية ومهاراته مثل الانتباه والفهم والتركيز والقدرة على التعلم وغير ذلك، فالطفل الذي يعيش في أسرة مفككة أو فقيرة أو محرومة لا تستطيع أن توفر المثيرات الحسية اللازمة لنمو الطفل مثل الألوان والألعاب والرحلات والمحادثة والرسومات وغير ذلك من أشياء تساعد الطفل على نمو قدراته ومهاراته الحسية والحركية والعقلية.

٤ـ عوامل أخرى محتملة:

هناك عوامل أخرى تساهم في اضطراب سلوك فرط الحركة لدى الأطفال، إلا أن هذه العوامل لم تقم دراسات كافية حولها، ولم تتأكد صحتها، وإنما هناك مؤشرات على أنه من المحتمل أن تساهم في اضطراب سلوك الطفل، من هذه العوامل على سبيل المثال التأثير السلبي لبعض الحوافظ الغذائية وبعض الأحماض التي تكثر في أغذية الأطفال المصنّعة، وكذلك تعرض الطفل إلى فقد الأوكسجين أثناء أو بعد ولادته، أو تعرض الطفل إلى حمّى أو تشنجات في صغره أو إلى التسممات (Intoxication)، كما وجدت علاقة بين نقصان وزن الطفل عند ولادته، وكذلك الولادة قبل الأوان وحالات فرط الحركة وشرود الذهن لدى الأطفال، وكذلك السلوك العدواني.

وفي دراسة طولية أجريت في أمريكا (١٩٨٩) للأطفال حتى عمر الرشد (المشروع

(*) أرجو من القارىء الكريم ألا يفهم أن عوامل التفكك الأسري والحرمان المادي والعاطفي للطفل هي فقط من العوامل الأسرية التي تساهم في حدوث أعراض اضطراب فرط الحركة لدى الأطفال إلى جانب عوامل أخرى، فهناك اتجاهات أخرى في التنشئة الأسرية خاطئة مثل الرعاية (أو الحماية) الزائدة للطفل والدلال المفرط وغير ذلك مما أشرنا إليه سابقاً.

الأمريكي لدراسة حالات الأطفال قبل الولادة (National Collaborative Prenatal Project) وجد هناك ارتباط بين اضطراب فرط الحركة واضطرابات الحمل وضعف قلب الجنين ونقصان وزن المشيمة، وخروج الجنين بقدمه أو ساقه عند الولادة.

ودراسات أخرى ترى بأن هناك علاقة بين نوبات الصرع وبين اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه، كما أن الصدمات المتراكمة على الجهاز العصبي والتوترات المستمرة والمفاجئة تؤثر على الجهاز العصبي وتساهم في حدوث اضطراب فرط النشاط والحركة، كما أن الولادة العسرة وصدمات الرأس تساهم في ذلك، وقد لاحظت الدكتورة مارثا دينكلا (Martha Denkla) (١٩٩١) في جامعة جونز هوبكنز أن هناك علاقة بين اضطراب فرط الحركة والوظائف التنفيذية للمخ، حيث يعاني الطفل من قصور في أداء هذه الوظائف مثل التخطيط والتنسيق والتنظيم والتركيب والتحليل والاحتفاظ والتصوّر والانتباه إلى أكثر من مثير واحد، وفي مقاومة عوامل الشرود واستخدام الزمان والمكان والتوجه بشكل صحيح . . . كما أن موجات بيتا تزداد وتقل موجات دلتا في الدماغ.

وفي المعهد الوطني للصحة العقلية في ولاية ميرلاند الأمريكية وجد الباحث آلان ميرسكي (Alan Mirsky) (١٩٩٥) من خلال تحليله لعملية الانتباه في الدماغ ومراحل معالجة المعلومات التي ترد إلى الدماغ بشكل متتال أن عملية الانتباه تتضمن عدة وظائف أو مهام مثل المقدرة على التركيز على عناصر محددة في محيط ما، ومن بين مجموعة عناصر تؤثر على الفرد في اللحظة نفسها، والقدرة على الاستمرار في عملية التركيز والانتباه لفترة زمنية محددة، والقدرة على الانتقال من عنصر إلى آخر في الوقت نفسه للربط بين العناصر . . . وهذه العناصر كلّها تكون ضعيفة لدى الطفل الذي يعاني من اضطراب فرط الحركة في النشاط ونقص الانتباه.

هذا وقد ميّز بعض الباحثين في جامعة كاليفورنيا (M. Posmer) بين نظامين للانتباه يحددهما الجهاز العصبي المركزي هما:

نظام الانتباه الأمامي (Anterior attentional system) ويأخذ منحنى معالجة العناصر من الأعلى إلى الأسفل، وهذا النظام الأمامي يتولى تنظيم الانتباه

المتعلق بمعالجة الخطط التنفيذية وتقع عليه مهمة التكيف البصري وتوجيهه، وبه ترتبط عمليات الانتباه الأولية مثل عدم الشرود، الانتباه الانتقائي، عدم الانشغال بأشياء خارج المهمة، حدوث العمل أو الحركة والارتباط في الانتباه لمدة ما. وقد وجد بأن اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه له علاقة بهذا النظام الأمامي.

وهناك نظام الانتبـاه الخلفي (Posterior attentional system) ويأخذ منحنى معالجة العناصر من الأسفل إلى الأعلى. هذا وقد وجد بعض الباحثين في أمريكا أن حالات فرط الحركة تزداد بوضوح لدى أطفال التبنّي وفي حدود خمسة أضعاف عن المتوقع، كما أن عدد الأخوة والأخوات والأسر المضطربة يلعب دوراً في ذلك.

هذا ويرى البعض بأن الأطفال الذين يعانون من فرط الحركة غالباً ما يعانون أيضاً من اضطرابات في حاسة الإبصار، وليس معنى ذلك أن كل طفل يعاني من اضطراب في بصره يعاني من أعراض فرط الحركة، ووجهة النظر هذه ما زالت تحتاج إلى تأكيد علمي ودراسات في هذا المجال.

ملاحظة:

إن نظام الإنتباه الأمامي يعتمد في معالجة العناصر بدءاً من الوظائف العقلية العليا التي تنظم أو تشرف على الوظائف الحسية أو المادية أو السلوكية... والعكس في نظام الانتباه الخلفي حيث يكون التأثير أكبر للعناصر المادية أو البيئية على الوظائف العقلية العليا لدى الفرد، ومن بين الوظائف العقلية العليا: الانتباه، والتركيز، والفهم، والربط الفكري، والقدرة على التوجه في الزمان والمكان، والاستمرار في الأداء لتحقيق هدف... وغير ذلك.

الفصل الثالث

تشخيص حالة فرط النشاط الحركي ونقص الانتباه:

أشرنا سابقاً إلى أهمية التشخيص المبكر لحالة الطفل من الناحية العصبية والعضوية، وكذلك من الناحية السلوكية والأكاديمية والعقلية، والواقع أنه ليس من السهل على الاختصاصي التعرف على هذا الطفل، كما أن التسرّع في التشخيص والحكم على الطفل بأنه يعاني من فرط النشاط ونقص الانتباه واضطراب في السلوك يترتب عليه مضاعفات سلبية كبيرة لا تقل خطورة عن الاضطراب الذي يعاني منه الطفل في حد ذاته، فالطبيب النفسي، أو طبيب الأطفال، أو المعالج النفسي... لا يستطيع من خلال مقابلة الطفل والتي لا تدوم أكثر من (٣٠) دقيقة وسطياً التعرف على هذا الطفل وتشخيص حالته، وخاصة أن والدي معظم الأطفال يوصون أطفالهم بالهدوء والصمت أثناء زيارة الطبيب، وقد ثبت أن أفضل مصدر لتشخيص حالات هؤلاء الأطفال هو من خلال مواقف الحياة الطبيعية؛ في الأسرة وفي المدرسة ومن خلال الأفراد الذين يتعاملون مع الطفل ولهم معرفة بسلوكه وتصرفاته. لذلك لابدّ من تعاون الأسرة، وتعاون المدرسة، وتعاون المحيطين بالطفل. والتشخيص المبكر يفيد في الكشف عن المشكلات النمائية الحسية والحركية والعضوية والعقلية والسلوكية والاجتماعية والأكاديمية التي يعاني منها الطفل، ويمكن مقابلة أم الطفل وأسرته ومقابلة الطفل لملاحظة سلوكه، كما يمكن زيارة المدرسة والاتصال بالمعلمين للغرض نفسه، ومعرفة المستوى التحصيلي للطفل في المواد الدراسية (وخاصة اللغة والحساب) وذلك لمعرفة صعوبات التعلم التي تواجهه بسبب ضعف الانتباه، والشرود، وكثرة الحركة... كما يمكن الاستعانة بالاستبيانات والاختبارات النفسية المقننة. بالإضافة إلى الاختبارات العقلية واختبارات التحصيل الدراسي وغير ذلك، وقد وجد أن أفضل مصدر للمعلومات حول الطفل هو الأسرة، والمدرسة، (انظر الاستبيان المرفق في ملحق رقم ٢). ومثل هذه الاستبيانات والاختبارات تعتبر وسائل مساعدة تفيد في عملية التشخيص (دون التفسير) وهي وسائل مفيدة وتعتمد على ماجاء في المعايير الدولية لمنظمة الصحة العالمية، وجمعية الطب النفسي، وجمعية المعوقين، وجمعيات علم النفس وغير ذلك، وهذه المعايير الدولية

الواردة في كتب التصنيف الدولي للاضطرابات العقلية مثل (DSM-1V) أو (ICD-10 هي التي اعتمد عليها في هذا الكتاب (انظر ملحق رقم ٣)، ومن المؤسف أن كثيراً من أطباء النفس وأطباء الأعصاب والاختصاصيين ليست لديهم معرفة كافية بهذه المعايير. من هذه الاختبارات التي تساعد في عملية التشخيص على سبيل المثال، ما يلي:

١ - قائمة مشكلات انتباه الطفل لباركلي
(Barkley's inventory for attention deficit problems)

٢ - قائمة تقدير نقص الانتباه لدى الطفل لماك كارني وديوبول
(McCarney and Dupaul's inventory for attention deficit)

٣ - مقياس تقدير المعلمين لحالة طفل فرط الحركة ونقص الانتباه لكونر
(Cooners inventory)

٤ - قائمة مراجعة سلوك الطفل لـ (Edelbrock and Achenbach)

٥ - دليل الأسرة والمعلم لتشخيص حالات فرط الحركة ونقص الانتباه والاندفاع بالسلوك، من إعداد الدكتور فيصل محمد خير الزراد.

٦ - دليل المعلم لتشخيص صعوبات التعلم النمائية والأكاديمية، إعداد الدكتور فيصل محمد خير الزراد.

٧ - قائمة حددي مشكلة طفلك بنفسك (العمر بين ٣ - ٦ سنة)، إعداد دكتور محمد عودة محمد.

٨ - مقياس السلوك التوافقي لدى الأطفال
(Children adaptation behavior scale) تأليف كازونهيرا، راي فوستر، هنري ليلاند وآخرون، وهو صادر عن الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي (١٩٧٤).
ترجمة: د. صفوت فرج، قسم علم النفس بجامعة القاهرة والدكتورة ناهد رمزي، المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية.

٩ - مقياس بيركس لتقدير السلوك لدى الأطفال، إصدار وتعريب جمعية رعاية الأمومة والطفولة في دولة البحرين.

١٠ - استبيان الآباء لتحديد مشكلات الأطفال صادر عن مركز الرعاية الصحية الدولي والمنظمة العالمية للنمو (عيادة العلوم السلوكية) واشنطن، عام (١٩٨٤).

١١ ـ استبيان كونرز للآباء والمعلمين
(Conner's parents and teacher's questionnaire) (ويعـتـبـر من الاستبيانات الهامة في تشخيص حالات فرط النشاط الحركي لدى الأطفال).

وعادة يستفاد من المقاييس التالية للكشف عن مستوى القدرات العقلية والمعرفية لدى الطفل:

١ ـ مقياس كاليفورنيا للقدرة العقلية لمرحلة قبل المدرسة
California preschcol mental scale

٢ ـ مقياس كاتل لذكاء الأطفال الصغار Cattel infants intelligence scale

٣ ـ مقياس مينسوتا للقدرة العقلية لمرحلة قبل المدرسة
Minnesota preschool mental scale

٤ ـ قوائم النمو لجيزل Gessel developmental schedules

٥ ـ مقياس ستانفورد ـ بينيه (المراجعة الرابعة) للأطفال ن عمر (٢ ـ ٧) سنة إعداد الدكتور لويس كامل مليكة.

٦ ـ مقياس فكسلر بلفيو لذكاء الأطفال المعدّل (WISC-R)، إعداد الدكتور محمد عماد الدين اسماعيل والدكتور لويس كامل مليكة.

٧ ـ مقياس فكسلر لذكاء الأطفال قبل المدرسة (WIPSI) إعداد الدكتور محمد عماد الدين اسماعيل والدكتور لويس كامل مليكة.

٨ ـ مقياس بايلي لنمو الأطفال لمعرفة نسبة النمو
(Baylay scales of infants development) (DQ)

٩ ـ اختبار بنتر ـ باترسون (Pinter, R. Paterson) لذكاء الأطفال.

١٠ ـ مقياس كورنل ـ كوكس للقدرة العقلية والانجاز لدى الأطفال
.(The Cornel Coxe performance ability test)

١١ ـ مقياس جريس آثر للنقط من أعمار (٣ ـ ١٢) سنة
(Arthur point scale of performance test)

١٢ ـ اختبار رسم الرجل لفلورنس جودنف
(The Goodenough drawing test)

١٣ ـ قياس القدرة العقلية لدى المصابين في الدماغ ولمعرفة مستوى التدهور العقلي لديهم مثل اختبار لوريتا بندر المسمى باختبار الجشتالت البصري ـ الحركي، واختبار فيجوتسكي (Vigotsky)، واختبار جراسي لتشخيص إصابات الدماغ لدى الأطفال (Grassi Block substitution test).

١٤ ـ متاهات بورتيوس لقياس القدرة العقلية لدى الأطفال
Porteus tests: (The Maze test)

١٥ ـ اختبار أوتيس ـ لينون لقياس الذكاء العام (٥ ـ ١٨) سنة
(Otis - Linnon mental ability test)

١٦ ـ لوحة سيجان لقياس القدرة العقلية لدى الأطفال من عمر (٥, ٣ ـ ٥, ١٢) سنة (Seguin board for mental age test).

وهناك أيضاً اختبار ريتان (Ritan) للأرقام والأحرف والحلقات، واختبارات أخرى أجنبية وعربية مفيدة في مجال تشخيص حالات فرط النشاط الحركي لدى الأطفال.

وتفيد هذه الاختبارات العقلية في الكشف عن مستوى الوظائف العقلية لدى الطفل، وعن وجود حالة التأخر العقلي لديه وبالتالي معرفة قدرة الطفل على التعلم، أو قدرته على الاستفادة من التعليمات التي توجه إليه من الأسرة أو من الأخصائي من أجل علاج حالته.

وفي العادة تكون هناك بعض الصعوبات في تطبيق اختبار ما من هذه الاختبارات

ملاحظة: «إن الاختبارات والمقاييس العقلية والنفسية والسلوكية التي أشرنا إليها سابقاً هي اختبارات ومقاييس مفيدة ومعتمدة دولياً في مجال تشخيص حالات فرط الحركة لدى الأطفال، ومعظم هذه الاختبارات وضعت وصممت في الدول الأجنبية والتي تختلف بثقافتها وعاداتها وقيمها عن ثقافة وعادات وقيم الدول العربية والإسلامية التي لها خصوصيتها، لهذا فقد قام نخبة من أساتذة الجامعات العربية والباحثين المتخصصين بتعريب وتقنين وتطبيق بعض هذه الاختبارات على حالات أطفال فرط الحركة في البيئة العربية، والبعض الأخر من هذه الاختبارات ما زال بحاجة إلى تعريب وتقنين وتجريب وتطبيق، وصدق، وثبات، ومعايير في بيئتنا العربية، ومن الطبيعي أن هذا يحتاج إلى خبرة في هذا المجال، كما يحتاج إلى وقت وجهد كبيرين، والدعوة مفتوحة من قبل المؤلف للتعاون من أجل تقنين بعض هذه الاختبارات.

على الطفل الذي يعاني من فرط الحركة، وفي هذه الحالة يجب على الاختصاصي الاستعانة بالأم، وبتشجيع الطفل بتقديم بعض المعززات له مثل الحلوى والشوكولاه أو غير ذلك، كما يمكن بالنسبة للاختصاصي الاعتماد على الملاحظة العامة لسلوك الطفل والاستفادة من تقارير المدرسة والأسرة في التعرف بشكل غير مباشر على قدرات الطفل العقلية مع استبعاد حالات التأخر العقلي الواضحة أو حالات إصابات الدماغ. . . كما يمكن تجزيء الاختبار الذي يتكون من عدة مقاييس فرعية إلى خطوات أو مراحل منعاً لتسرب الملل والضجر إلى الطفل، وعلينا أن لا ننسى بأن مدة الانتباه ومدى الانتباه لدى طفل فرط الحركة يكون محدوداً وقصيراً. وبشكل عام إن هذه المقاييس العقلية لها معايير محددوة حسب عمر الطفل كما أن لها تفسيرات تربوية ونفسية. وعادة يتم تحديد نسبة ذكاء الطفل (IQ) حسب المستويات التالية:

١ ـ الطفل الذي ينال درجة ذكاء بين (٨٥ ـ ٩٠) (Dull Normal Child)، طفل ممكن أن يتعلم وقد يظهر ضعفاً في بعض المواد التي تحتاج إلى تجريد عال مثل الحساب، وكثيراً ما يرسب في صفه ويكون نجاحه حتى المرحلة الثانوية بصعوبة، ومثل هذا الطفل يستفيد من برامج التدريب، ومن تعليم الكلام، وتعديل السلوك، واكتساب بعض المهارات وغير ذلك.

٢ ـ الطفل الحدّي (Borderline child) وتقع درجته بين (٧٠ ـ ٨٥) وهو طفل يمكن أن يتعلم، وقد ينافس الطفل المتوسط في المواد الدراسية، ويغلب أن يوضع في فصل خاص داخل المدرسة العادية، وقد يعاني من صعوبات في مجال التعلم وبطء في عملية الاكتساب.

٣ ـ الطفل المتخلف عقلياً بشكل خفيف وتكون درجته بين (٥٥ ـ ٧٠) درجة (Mild).

٤ ـ الطفل المتخلف عقلياً بشكل متوسط وتكون درجته بين (٤٠ ـ ٥٥) درجة (Moderate).

٥ ـ الطفل المتخلف عقلياً بشكل حاد وتكون درجته بين (٢٥ ـ ٤٠) درجة .(Severe)

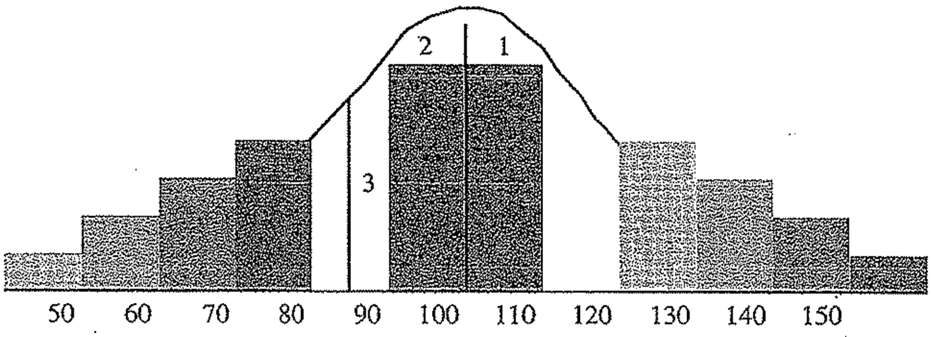
٦ ـ الطفل المتخلف عقلياً بشكل عميق وتكون درجته دون (٢٥) درجة .(Profound)

قدرات الطفل أكثر قابلية للتحسن والاستثارة في المراحل النمائية المبكرة بالمقارنة مع

أصحاب الحالات الأخيرة يحتاجون إلى مساعدة، ويوضعون في فصول خاصة للتخلف العقلي (انظر شكل ٣)، كما يحتاجون إلى رعاية أسرية، وهم قلّما يستطيعون الاتصال بالآخرين عن طريق الكتابة أو اللغة كما لا يستطيعون فهم التعليمات التي توجه إليهم، وتكون اهتماماتهم واستجاباتهم محدودة ويعانون من مشكلات أسرية واجتماعية ومدرسية ويحتاجون إلى إشراف مستمر.

وبشكل عام، وكما ذكرنا سابقاً، فإن التشخيص المبكّر مفيد جداً في عملية العلاج وفي تعديل السلوك أو في عملية تحسين المشكلة التي يعاني منها الطفل، وخاصة في مراحل نموه الحرجة، كما أن ذلك يساعد في عملية التدريب والتعليم، حيث تكون قدرات الطفل أكثر قابلية للتحسن والاستثارة في المراحل النمائية المبكرة بالمقارنة مع

Mental Disability Levels مستويات التأخر العقلي



(1) - Above average فوق المتوسط 100 - 110
(2) - Below average دون المتوسط 90 - 100
(3) - Dull Normal الغبي العادي 85 - 90
(4) - Border Line المستوى الحدّي 70 - 85
(Approximately)
(5) - Mild mental Disability تأخر عقلي بسيط 50 - 55 70
(6) - Moderate, M.R تأخر عقلي متوسط 35 - 40 55
(7) - Severe, M.R تأخر عقلي حاد 20 - 25 .... 35 - 40
(8) - Profound, M.r تأخر عقلي عميق IQ Level below (20 or 25)

شكل رقم (٣) مستويات القدرات العقلية والمعرفية

طفل فرط الحركة غالباً ما يكون من حيث قدراته العقلية في المستويات أرقام (٢ ـ ٣ ـ ٤)

المراحل النمائية المتأخرة. فالطفل الذي يتدرب على النطق والكلام بعد عمر (٥-٦) سنوات يظهر عدة مشكلات في عملية التدريب على النطق والتواصل اللغوي. كذلك فإن الأم إذا أصيبت بمرض الحميراء أو (الحصبة الألمانية) وكان الجنين في عمر ثلاثة أشهر فإن ذلك قد يؤدي إلى إصابته بإعاقات حسية سمعية أو بصرية حادة، أو بإصابات قلبية. أما إذا أصيبت الأم بالحصبة وكان الجنين في عمر ستة أشهر فإنه لا يصاب في الغالب، هيس (١٩٥٩)، ويمكن لطبيب الأطفال إجراء فحوص حسية وعصبية وشعاعية وتحليلية للكشف عن عوامل قد تؤدي إلى اضطرابات حسية أو حركية لدى الطفل مثل: وجود إصابة في المراكز العصبية-الحركية في المخ، أو وجود عيوب خلقية أو جينية (مورثية) (Genetic defects)، أو إصابات قبل ولادية، أو حدثت أثناء الولادة، أو بعد الولادة مثل الأمراض، وحوادث السقوط وغير ذلك.

ويعض الأطباء يستخدمون اختبار فرجينا أبجار (Virgina APGAR) عقب الولادة مباشرة للكشف عن حالة الجنين الصحية سواء قبل ولادته أو بعد ولادته، بحيث يتم التعرف على دقات قلب الجنين، وعملية التنفس لديه وقوة العضلات، والارتكاس لوضع القثطرة في المنخر، ولون البشرة، وغير ذلك من مظاهر حسية-حركية-عقلية (بعد الولادة) لدى الطفل، وهذه تفيد في الكشف المبكر عن وجود قصور في القدرات الحسية أو الحركية أو العقلية، أو قصور في مجال التواصل، أو في مجال الوظائف العقلية مثل الانتباه والتركيز والاستيعاب والادراك والتذكر والتعلم والتصور... الخ. ولا يوجد ما يشير إلى فائدة تحليل الدم، أو تحليل البول، أو الرسم الكهربائي للدماغ (EEG)، أو الفحوص العصبية... وبشكل عام تعتبر جميع الوسائل السابقة هي وسائل مساعدة في عملية التشخيص، ولابد من دراسة تاريخ حياة الطفل، واعتماد الملاحظة المباشرة لسلوكه، وما يهم الاختصاصي بالدرجة الأولى ملاحظة سلوك الانتباه لدى الطفل وتحديد الفترة الزمنية (بالدقائق) والتي يقضيها الطفل في أداء مهمة معينة، أو أثناء عملية القراءة، أو الرسم، أو اللعب، ويجب ملاحظة قصر مدى ومدة الانتباه لدى الطفل وبشكل واضح وذلك بالمقارنة بالطفل العادي من العمر نفسه، ويجب على الاختصاصي الانتباه إلى أن معظم حالات أطفال فرط الحركة لديهم قابلية عالية لمشاهدة التلفاز أو اللعب بالكمبيوتر لفترة طويلة من الزمن، لهذا لا

تعتبر هذه الحالات بمثابة مقياس لقدرة الطفل على الانتباه (الانتقائي)، بالإضافة لذلك يجب ملاحظة فترة جلوس الطفل على الكرسي مع تكليفه بأداء عمل ما، وكذلك نسبة الوقت الذي يكون فيه الطفل في حالة قلق وعصبية أو حالة تململ، أو عدد مرات فراره من أسرته عندما تكون ذاهبة في نزهة أو لشراء حاجات من المتجر. وكما أشرنا في السابق إن طفل فرط الحركة غالباً ما يكون لديه قصور محدد أو تأخر في بعض عمليات النمو، وقدراته العقلية دون المتوسط، ويعاني من صعوبات في مجال التعلم، وفي بعض الحالات قد ينحرف في سلوكه الذي يأخذ شكل عدوان، أو ضد اجتماعي، أو اضطراب في السلوك (Hyperkinetic conduct disorder)... وقد لاحظ الباحثون أن هناك عدة اضطرابات أو مواقف نفسية - اجتماعية يتعرض إليها الطفل في حياته وتؤدي إلى أعراض فرط النشاط الحركي أو نقص الانتباه، وهذا ما يدفعنا مرة أخرى كباحثين وآباء ومعلمين بأن لا نتسرع في أحكامنا على حالة الطفل، ولابد من التفريق بين الحالات العادية أو العرضية وبين الحالات المرضية، وذلك لأن كل حكم على الطفل سواء بالايجاب أو السلب قد يترتب عليه مضاعفات تكون أكثر خطورة من مشكلة الطفل ذاتها، لهذا لابد من الاهتمام بما يسمى بالتشخيص التفريقي.

التشخيص التفريقي (Differential Diagnosis) :

هناك عدة عوامل أو أسباب تؤدي بالطفل أو بالمراهق الصغير إلى فرط الحركة ونقص الانتباه والاندفاع بالسلوك، وهي تعتبر حالات عارضة غير مرضية، ولا تشكل اضطراباً لدى الطفل أو المراهق، ومن الضروري على الاختصاصي الإلمام بهذه الحالات حتى يتم تمييزها عن اضطراب فرط الحركة أو النشاط كحالة مرضية. إن معظم الأطفال والمراهقين يمرون بأحلام اليقظة وهم في مثل هذه الحالات قلما يستجيبون إلى جميع المثيرات التي تدور حولهم مثل نداء الآخرين لهم، أو شرح المعلم، أو صوت السيارة، وكأن الطفل أو المراهق يكون غائباً في أحلامه ولا يصغي لما يدور حوله. ومن المعلوم حسب نظريات التحليل النفسي أن أحلام اليقظة تكون أكثر شدة وعمقاً كلما كانت الضغوط الأسرية والنفسية شديدة أيضاً. يضاف إلى ذلك أن الضجيج والصخب والأصوات المتعددة تؤدي إلى حالة من شرود الذهن وضعف الانتباه وعدم التركيز وذلك لدى العديد من الأطفال ممن لا يعانون من اضطراب فرط الحركة إذ يصعب عليهم الانتباه لما يقوله الآخرون، أو ما يقوله المعلم مثلاً، والضجيج المنبعث من حولهم يشكل عبئاً أو ضغطاً على الطفل يؤءي إلى تشتيت انتباهه (وهذه كانت من الملاحظات التي وجهت إلى نظام الفصل المدرسي المفتوح)، بالإضافة لذلك هناك بعض الأطفال لديهم صعوبة في عملية كف ما يدور في ذهنهم من أفكار طارئة (Cog-nigive disinhibition) مما يجعل هذه الأفكار التي ترد إلى ذهن الطفل أو المراهق تسيطر على مشاعر الطفل وأحاسيسه وسلوكه، ودون أن يكون هناك اعتبار أو انتباه لعوامل البيئة والمحيط، مما يوحي بلامبالاة أو لااهتمام بالمثيرات البيئية الموجهة للطفل أو للمراهق.

من ناحية أخرى نجد القلق الحاد يعتبر من الأسباب الشائعة لفرط الحركة وشرود الذهن والاندفاع بالسلوك وقد يعكس ذلك ضغوطاً نفسية، أو اضطراباً نفسياً، ومثل هذه الحالات الشديدة من القلق تضعف من قدرة الطفل والمراهق على الاستيعاب والتركيز والانتباه، كما يحدث للتلاميذ في حالة قلق الامتحان، ومثل هذه الحالات

تكون عارضة وتزول بزوال الموقف الذي أدى إلى القلق، ويعود الفرد بعدها إلى حالته الطبيعية هادئاً مستقراً منتبهاً . . . الخ. وهناك حالات الاكتئاب التي يصحبها فرط النشاط الحركي أحياناً (حالة الهوس والاكتئاب) (Manic-depression) وشرود الذهن والاندفاع بالسلوك ويكون ذلك بسبب إجهاد وضغط نفسي، وتزول هذه الأعراض بزوال نوبة الاكتئاب. ويعكس الاكتئاب سلوكاً عصبياً انعزالياً يجعل الطفل لا يستطيع إنجاز عمل ما، مع ضعف الدافعية، وضعف التركيز أوالانتباه، يضاف إلى ذلك تأثير بعض العقاقير على سلوك الطفل.

وتشير الدراسات إلى أن نسبة (٥٠٪) من الأطفال الذين شخّصت حالتهم على أنها فرط الحركة، ونقص الانتباه، هم أطفال يعانون من اضطرابات وجدانية ومن سلوك العناد والمعارضة والتحدي ولفت الانتباه وتأكيد الذات، أو ازعاج الآخرين بشكل متعمد، وذلك لتحقيق بعض المكاسب النفسية. وهناك بعض الاضطرابات السلوكية (Conduct disorders) لدى الطفل أو المراهق تدوم فترة زمنية لا تقل عن ستة أشهر، حيث نجد الطفل (أو المراهق) يتصرف بتمرد وسلبية وعدوانية، يجادل الكبار ويزعج الآخرين ويسقط اللوم عليهم ويستعمل كلمات غير لائقة، والواقع مثل هذه الاضطرابات السلوكية ليس من المألوف أن توجد لدى الأطفال الصغار، بل غالباً ما تنتشر في مرحلة الطفولة المتأخرة والمراهقة، حيث تلاحظ هذه السلوكات لدى الطفل الكبير والمراهق، وعادة ما تكون هذه السلوكات شديدة تحدث في المدرسة وفي المجتمع ومع الأقران . . . وتكون مع انتهاك المعايير والقواعد والقيم الاجتماعية المناسبة لعمر الطفل، أو عمر المراهق، وقد يصحب ذلك العدوان الجسدي، والسرقة، والهروب من المنزل ليلاً، وعدم العودة إليه، وإشعال الحرائق وتخريب الممتلكات وتعذيب الحيوانات والقسوة على الآخرين وغير ذلك. وباختصار توجد الاضطرابات السلوكية لدى الأطفال والمراهقين الكبار، وهي تختلف من حيث الشدة والنوع عن الاضطرابات السلوكية ونقص الانتباه والاندفاع لدى الأطفال الصغار والتي تبدأ عادة في عمر مبكر من الطفولة قبل عمر السبع سنوات.

داء توريت (Tourette Syndrome):

وهو حالة طفل يعاني من فرط الحركة ونقص الانتباه مع الإصابة بخلجات عصبية (Tics)، ونسبة (٥٠٪) من الأطفال الذين يعانون من هذا الاضطراب يعانون أيضاً من نقص الانتباه وزيادة الحركة، ومن حركات لا إرادية متتابعة دون سبب أو مبرر لها، وتظهر هذه الأعراض جسدياً، أو عن طريق النطق، وقبل مرحلة البلوغ، وتكون هذه الأعراض بين مد وجزر حيث تتغير خلال أسابيع أو أشهر، ولتشخيص هذا الاضطراب يجب أن تستمر الأعراض لمدة سنة على الأقل، وعادة يكون لهذه الحالة تاريخ في الأسرة، يضاف إلى ذلك أعراض اللازمات الحركية (Tics)، ومرض الرقص (Chorea) وأعراض التوحد (Autism)، وغير ذلك من اضطرابات وجدانية. إلى هنا

تصوير من هنا

النشاط الحركي الطبيعي لدى الطفل:

من الملاحظ لدى العديد من الآباء والمعلمين والمربين والاختصاصيين وغيرهم ممن لديهم الخبرة الكافية في الخصائص الحركية النمائية للطفل أنه غالباً ما يختلط عليهم الأمر في فهم الطفل والمشكلة التي يعاني منها، وكذلك في تشخيص حالة فرط النشاط والحركة لدى الأطفال، لذلك نجدهم يتسرعون في أحكامهم وفي قراراتهم على الطفل، ويفسرون خطأً أي نشاط حركي لدى الطفل (س) على أنه اضطراب فرط الحركة لدى الطفل، أو على أنها حالة فرط الحركة وتخلف عقلي. . . وهم غالباً ما يقارنون بين طفل وآخر من العمر نفسه سواء أكان ذلك داخل المدرسة أم داخل الأسرة، ودون أن يفكروا بأن هناك فروقاً فردية بين طفل وآخر، أو تلميذ وآخر، وذلك من عدة نواح تربوية وعقلية وصحية ونفسية واجتماعية. . . وهذا ما يجعلنا كاختصاصيين أو كمربين أمام أطفال مختلفين حتى لو تجانسوا في أعمارهم وفي مرحلة نموهم أو في بيئتهم. لذلك يكون من المفيد للوالدين وللمعلمين والاختصاصيين قبل الحكم على الطفل بأنه يعاني من اضطراب فرط النشاط الحركي ونقص الانتباه أن تكون لديهم فكرة موجزة عن طبيعة النمو الحركي والنفسي والاجتماعي لدى الطفل العادي،

تصوير

مثلاً قد تشتكي أم من أن طفلها لا يتركها، ويتمسك بملابسها، ويبكي إذا تركته، ويصرخ . . . الخ . هنا نجد أن إجابة الأم على شكواها تختلف باختلاف عمر الطفل ومرحلة نموه مثلاً:

- إذا كان عمر الطفل سنة واحدة تقريباً فهذا أمر طبيعي في هذه المرحلة من النمو .
- وإذا كان عمر الطفل بين (٢ ـ ٣) سنوات على الإنسان أن يبدأ التفكير قليلاً دون قلق كبير .
- وإذا كان عمر الطفل بين (٤ ـ ٥) سنوات نجد بأن حالة الطفل تستدعي القلق والبحث .
- وإذا كان عمر الطفل بين (٨ ـ ١٢) سنة مثلاً فإن الأمر يبدو غريباً وغير طبيعي .

ومن الطبيعي أن الأطفال خلال نموهم يواجهون العديد من الصعوبات والمشاكل ولكن سرعان ما يعودون إلى حالتهم الطبيعية بعد زوال الأسباب، أو بعد نمو الطفل والتقدم في عمره، حيث تتحسن قدراته، ومهاراته العقلية والسلوكية والاجتماعية ويصبح الطفل أكثر اتزاناً في حركاته وأفعاله واستجاباته .

يضاف إلى ذلك أن الطفل أو المراهق الذي يعاني من قلق وضغوط نفسية أو حرمان عاطفي، يعاني أيضاً من صعوبات في مجال التعلم، كما قد يصاحب ذلك اضطرابات سلوكية مزعجة سواء داخل أسرة الطفل أم خارجها أو داخل المدرسة وروضة الأطفال. وهنا نجد شكاوى الكبار تبدأ بالظهور مع شيء من الانزعاج والضيق والقلق والخوف على الطفل ومستقبله، عند ذلك يفكر الأهل في البحث عن حل لمشكلة طفلهم، ويصاحب ذلك تفسيرات مختلفة لحالة الطفل، وأحكام واجتهادات مثل أن الطفل متخلف دراسياً، أو متخلف عقلياً، أو أنه يعاني من حالة توحد، أو أن لديه اضطرابات نفسية وعقلية، أو أنه طفل عدواني جانح، أو أنه طفل محسود أو به مسّ من الجن . . الخ . ومعظم هذه التفسيرات قد تكون خاطئة وغير صحيحة ومضللة، لذلك فإن تشخيص حالة فرط النشاط والحركة ونقص الانتباه تحتاج إلى اختصاصي ماهر، ولديه خبرة طويلة في هذا المجال. والواقع إن كثيراً من الحالات (حالات الأطفال) التي ترد إلى العيادة الخارجية لمستشفى الطب النفسي هي حالات عادية تماماً، وكثيراً ما يتبين للاختصاصي بعد إجراء الاختبارات اللازمة للطفل بأن

تصوير إلى صنا

نشاط الطفل نشاط عادي، أو على الأقل هو في الحدود الدنيا للسلوك العادي، إلا أن أساليب التنشئة الأسرية السيئة، والمشاكل الأسرية، والحرمان العاطفي للطفل، والقسوة عليه، وعدم رعايته الرعاية اللازمة. . . كل ذلك يعمل على تفجير انفعالات الطفل وزيادة نشاطه الحركي وشرود انتباهه بشكل مزعج، كما يعمل ذلك على زيادة استجاباته غير السوية والتي تم نقلها من الأسرة إلى المدرسة أو العكس، وهنا غالباً ما يكشف التشخيص الدقيق بأن الطفل عادي في سلوكه، وأنه لم يتح له الفرصة الكافية من الكبار من أجل فهمه وفهم حاجاته ومطالبه وتوجيهه بالشكل الصحيح، وهنا تؤكد لنا الخبرة السريرية أن معظم مشاكل الصغار نابعة من الكبار، من جهلهم بعالم الطفولة، ومن قسوتهم، وفشلهم في توفير تربية سليمة ورعاية صالحة للطفل منذ صغره، لذلك على الأسرة والمدرسة وغيرهم ممن لهم علاقة بالطفل معرفة خصائص الطفولة وحاجات الأطفال السلوكية والحركية والعقلية والاجتماعية، وكذلك معرفة العوامل التي تساهم في اضطراب سلوك الطفل والتي ينشأ عنها أعراض مشابهة لأعراض فرط الحركة أو نقص الانتباه أو الاندفاع بالسلوك. ومن المعلوم تربوياً ونفسياً أن الأطفال الذين يعانون من مشاعر الغيرة والخوف والقلق والقسوة والتوتر والاحباط أو القهر والإحساس بالدونية والاضطهاد والفشل في التوافق الأسري والمدرسي والاجتماعي، وكذلك الأطفال الذين يعانون من اضطرابات عقلية كما في حالة التأخر العقلي، أو الأطفال الذين يعانون من بعض الاضطرابات العضوية الصحية مثل إصابة الحواس وغيرها، وكذلك أمراض الأطفال والحميات، وحالات تأخر النمو، وصعوبات التعلم، والحرمان الحسّي المبكر للطفل. . . الخ، كل ذلك من شأنه أن يصحبه ضعف القدرة على الانتباه أو على الفهم والتركيز، ويزيد من حالة الشرود والنسيان لدى الطفل مما يجعل سلوك الطفل مضطرباً، ومزعجاً في كثير من الأحيان، حيث نجد الطفل لا ينتبه إلى التعليمات التي تقدم إليه، ولا يصغي إلى الآخرين، ويكون لامبالياً في تصرفاته، ولا يتحمل المسؤولية، مع سرعة الانفعال وعدم تحمل القلق أو الإحباط، وقد يكون سلوكه عدوانياً وغير ذلك من حالات اضطراب السلوك، ومع ذلك فإن هذا الطفل لا يعاني من اضطراب فرط الحركة وذلك طبقاً للمعايير التشخيصية والتي سنشير إليها فيما بعد.

إن الطفل الذي يعاني من مشكلة التكيّف مع المدرسة، أو من صعوبات في مجال التعلم، يعاني أيضاً من نقص القدرة على الانتباه والشرود أو السرحان، وعدم القدرة على التركيز والفهم أو الإدراك. . . وقد يصحب ذلك ردود فعل أسرية ومدرسية قاسية تؤدي إلى زيادة خوف التلميذ واضطراب سلوكه، والعناد والعدوان أحياناً كتعويض أو كرد فعل على تصرفات الآخرين التي يدركها على أنها غير عادلة، وكثيراً ما يقوم الطفل في مثل هذه الحالات بحركات عشوائية تكون أحياناً غير هادفة ومزعجة للآخرين، وذلك من أجل أن يحقق بعض المكاسب مثل جذب نظر الآخرين إليه، أو تأكيد ذاته، أو الانتقام من الآخرين الذين قسوا عليه، وفي الوقت نفسه يخفف من مخاوفه أو قلقه، ومثل هؤلاء الأطفال غالباً ما يعانون من الشعور بالضعف، ومن اضطراب النوم، أو اضطرابات في الطعام، مع نوبات من الغضب والانفعال وغير ذلك مما قد يفسّره الكبار ظلماً على أنه حالة فرط حركة غير عادية لدى الطفل، وكذلك فإن كثيراً من الأطفال الذين يغارون بشدة نجدهم يشعرون بالتوتر والضيق ويعانون من عدم الاستقرار الانفعالي والحركي، ومن عدم القدرة على السيطرة على سلوكهم، مع لامبالاة، وإهمال تعليمات الكبار، وعناد أو مشاكسة، مع سلوك اندفاعي، وأحياناً اضطرابات في النطق، وفي الدراسة، وفي الطعام، وفي النوم، مما يقد يفسّر أيضاً على أنه حالة فرط حركة أو نقص انتباه، وعلينا ألا ننسى دور الجانب الآخر من المشكلة (كما نوّهنا سابقاً) وهو أن الأسرة أو المدرسة أو المجتمع قد يساهم كل منهم بمشكلة الطفل وتكون الأسرة هي المسؤولة الأولى عن حالة الطفل، فاضطراب العلاقة الوالدية والتفكك الأسري، وقسوة الآباء، وإهمال التنشئة الأسرية، وأساليب التربية الخاطئة، وحرمان الطفل من رعاية والديه، ونبذه أو رفضه من الآخرين، وعملية العقاب والضرب، والتوبيخ، وكثرة النقد، والمقارنة بالآخرين، والالحاح الشديد في تنفيذ الأوامر، كل ذلك من شأنه أن يزيد من حدة مشكلة الطفل واضطراب سلوكه، وتشتيت انتباهه وقدراته العقلية، بحيث يصبح الطفل مزعجاً للآخرين.

هذا بالإضافة إلى تأثير بعض الاضطرابات العصبية والعقاقير والتسممات وغير ذلك مما يؤدي إلى الأعراض السابقة نفسها.

وبما أن الدراسات تجمع على أن معظم الأطفال الذين يعانون من فرط الحركة تكون أعمارهم في الغالب دون (١٢) سنة بين (٣-٨) سنة، علماً أن بعض الحالات النادرة قد تستمر إلى مرحلة المراهقة، فإن علينا كاختصاصيين أن ننتبه إلى خصائص النمو الحركية للطفل العادي في مرحلة الطفولة المبكرة وبداية مرحلة الطفولة المتوسطة، ليساعدنا ذلك على التمييز بين هذه الخصائص الحركية العادية والتي تبلغ أحياناً من الشدة بحيث يلتبس علينا التمييز بينها وبين الخصائص الحركية غير العادية لدى الطفل الذي يعاني من فرط الحركة، ففي هذه المرحلة من نمو الطفل تعتبر الخصائص الحركية هامة لديه، ونجد أن النشاط الحركي للطفل وسلوكه العام يتصف بالحدة والسرعة والاندفاع وسرعة الاستجابة، وكذلك سرعة التأثر والانفعال، وتكون هذه الحركات في بادىء الأمر غير متوازنة أو غير متناسقة، وبعضها يكون عشوائياً غير هادف (فقط لتفريغ الطاقة الحيوية لديه كما هو الحال في اللعب)، والطفل في عمر (٣-٤) سنوات يكتسب مهارة الجري والقفز والتسلق واللعب والعبث بالأشياء يدوياً، ونجده يقف على قدم واحدة، أو يجري بسرعة، أو يستدير بسرعة، أو يقف بشكل مفاجىء، كما أنه لا يستقر في جلوسه على الكرسي وأحياناً يمشي على أطراف أصابعه، وينشأ لديه حب الفضول وفك الأشياء أو الاحتفاظ بها أو إتلافها، كما يرسم على الجدران، وأحياناً يركل الأشياء بقدميه، أو يضرب الأطفال، ويكون معانداً لامبالياً لتوجيهات الكبار... ومع تقدم العمر، وعمليات التدريب والتعليم يكتسب الطفل تدريجياً الاتزان الحركي، وتزداد لديه القدرة على التحكم بسلوكه، وتركيز انتباهه، كما تزداد قدرته على التحمل، ويصبح أكثر هدوءاً واستقراراً من الناحية الحركية، والناحية الاندفاعية (حتى عمر البلوغ)، وهذا النشاط الحركي العادي لدى الطفل يتطلب من الأسرة والمدرسة توفير مناخ أسري ومدرسي واجتماعي يساعد الطفل على الانتقال من مرحلة نموه المبكرة إلى المرحلة التالية وبشكل سوي أو دون اضطرابات أو مضاعفات، إلا أنه في معظم الحالات (وخاصة في أسرنا العربية) قلّما نجد الظروف الأسرية والبيئية والمدرسية المحيطة بالطفل تساعد على ذلك، مما يترتب عليه اضطراب حركة الطفل ووظائفه الحركية والعقلية والاجتماعية والتربوية... بشكل تصبح فيه أكثر شدة وشبه مزعجة للطفل وللآخرين، وفي هذه الحالة تكون حركات الطفل وانفعالات مزعجة

ولكنها في الحدود العليا للسواء كما أوضحنا سابقاً.

وبشكل عام، عند تشخيص حالة (أو اضطراب) فرط الحركة لدى الأطفال علينا استبعاد هذه الحالات العادية التي تتغير بسرعة، وتكون شبه طارئة أو لا تستمر طويلاً لدى الطفل، ويعرف سببها بوضوح ويسهل علاجها، هذا بالإضافة إلى استبعاد الحالات التالية أثناء عملية التشخيص (Exclusion criteria):

١ـ استبعاد حالات التأخر العقلي.

٢ـ استبعاد حالات التأخر الدراسي وصعوبات التعلم

٣ـ استبعاد حالات الإعاقات الحسية والحركية.

٤ـ استبعاد حالات الاضطرابات العقلية الذهانية (Psychoses).

٥ـ استبعاد العوامل الصحية والمرضية.

٦ـ استبعاد حالات اضطراب التوحد لدى الأطفال.

٧ـ استبعاد حالات تأخر النمو وعدم النضج الحادة.

٨ـ الالتزام بمعايير تشخيص حالات فرط الحركة ونقص الانتباه المرضية (بفتح الميم والراء) والتي تتطلب التدخل والعلاج.

ويجب ملاحظة أن عملية التشخيص قد تكشف عن الأشكال التالية لاضطراب فرط النشاط ونقص الانتباه والاندفاع بالسلوك:

١ـ بعض الأطفال يعانون من أعراض نقص الانتباه والشرود وعدم القدرة على التركيز وتكون هذه الأعراض هي المسيطرة.

٢ـ بعض الأطفال يعانون من أعراض فرط الحركة والنشاط والسلوك المزعج وتكون هذه الأعراض هي المسيطرة.

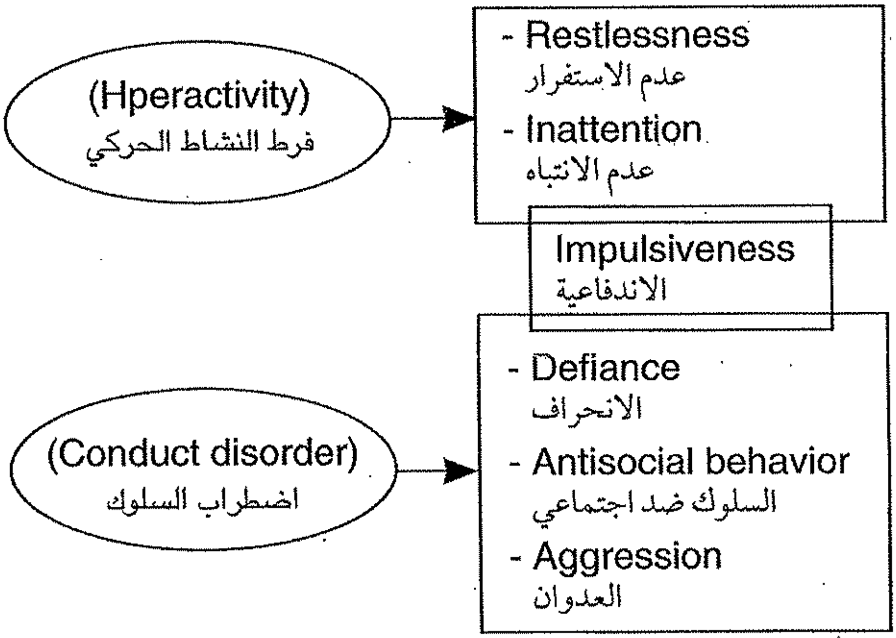
٣ـ بعض الأطفال يعانون من الاندفاع بالسلوك وعدم المقدرة على التحكم بالانفعالات والاستجابات، وتكون هذه الأعراض هي المسيطرة.

٤ ـ بعض الأطفال يعانون من الأعراض السابقة مجتمعة، أو أكثر من عرض واحد، وهي حالات يسهل تشخيصها، أما الحالة الأولى للأطفال حيث يبدو الطفل هادئاً إلى حد ما مع أنه يعاني من نقص الانتباه والشرود فهي حالة يصعب تشخيصها، حيث لا يكون اضطراب فرط الحركة واضحاً لدى هذه الحالات من الأطفال، وقد لا تلاحظ حالتهم بوضوح وبالتالي قد يتأخرون في عملية تشخيص وعلاج حالتهم، على العكس من حالات الأطفال الذي تكون أعراضهم واضحة ومجتمعة في الوقت نفسه.

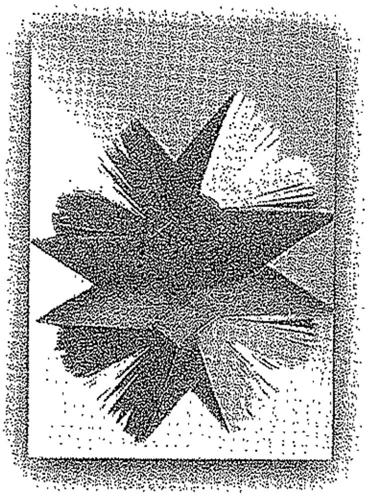
٥ ـ هناك ما يسمى بحالات فرط النشاط الحركي الموقفي (Situational. H) وفي هذه الحالات نجد الطفل تظهر لديه أعراض فرط الحركة ونقص الانتباه... في المدرسة فقط دون المنزل، أو العكس تظهر لديه هذه الأعراض في المنزل وتضعف عندما يكون الطفل في المدرسة، ويمكن اعتبار مثل هذه الحالات، حالات خفيفة من فرط الحركة، لا يعرف حتى الآن سبب واضح لها. وغالباً ما يكون فرط الحركة في المدرسة مصحوباً بصعوبات في مجال التعلم، أما فرط الحركة في المنزل فغالباً ما يصحبه صعوبات في العلاقات الاجتماعية، وفي أداء الواجبات الأسرية، أو اضطراب في السلوك، ومثل هذه الحالات لا تشخص على أنها اضطراب فرط حركة بل نقص في عملية الانتباه مصحوباً بفرط الحركة (ADHD).

٦ ـ هناك حالات تتداخل فيها أعراض اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه والاندفاع بالسلوك وأعراض اضطراب السلوك، والسمة المشتركة بين اضطراب فرط الحركة واضطراب السلوك هو الاندفاع بالسلوك وعدم القدرة على السيطرة (Impul-siveness) والشكل التالي رقم (٤) يوضح ذلك، بالإضافة إلى أن الطفل مضطرب السلوك لا يقوم بأداء واجباته، أو العمل المدرسي النظامي في المدرسة، أو في المنزل، فيما الطفل الذي يعاني من فرط الحركة نجد لديه عدم الاستقرار ونقص الانتباه وذلك عند قيامه بالأنشطة مثل الرسم، والقراءة، بناء مكعبات، أو اللعب... ويمكن أن تختلط أعراض فرط الحركة واضطراب السلوك لدى الطفل.

شكل رقم (٤) التداخل بين اضطراب فرط الحركة واضطراب السلوك



يضاف إلى التشخيص التفريقي التمييز بين حالات اللازمات العصبية، وحالات الكوريا وهي حالات من أعراضها الرقص الحركي والاضطراب العصبي المصاحب لاختلاجات وتشنجات في الوجه والأطراف، يضاف أيضاً حالات اضطراب الحركات الإرادية ومثل هذه الحالات قد يصاحبها فرط حركة قبل حدوثها، وهناك حالات التأخر العقلي حيث تشير الدراسات إلى أن حالات فرط الحركة تزداد في حدود (١٠ - ٣٠) مرة لدى الأطفال الذين يعانون من التأخر العقلي.



الفصل الرابع

المشكلات الانفعالية والاجتماعية والأكاديمية المصاحبة لاضطراب فرط النشاط الحركي ونقص الانتباه والاندفاع بالسلوك لدى الأطفال:

الطفل أيمن عمره ثمان سنوات ونصف حضر إلى العيادة الخارجية في مستشفى الطب النفسي مع والديه، محولاً عن طريق الصحة المدرسية بسبب اضطراب سلوكه وتأخر كلامه وضعف القدرة على الأداء المدرسي لديه مع أعراض شرود وسرحان. . . وعدم القدرة على الجلوس ساكناً على مقعد الدراسة كبقية التلاميذ، ولا ينتبه إلى الدروس، وفي المنزل كانت حالته تشبه حالة الصف، وكان يتشاجر مع أخوته، ويلقى الضرب أحياناً، وكان والداه يسميانه بـ (الشيطان الذي لا يهدأ)، وتمت مقابلة والدي الطفل ودراسة تاريخ حالته، وكذلك الاتصال بالاخصائي الاجتماعي داخل المدرسة والاطلاع على التقارير الطبية ورأي طبيب الأطفال (اختصاصي أعصاب) وتبين من تاريخ حالة الطفل أن عملية الحمل والولادة كانت طبيعية، ولا يوجد في الأسرة من يعاني من هذه الأعراض، إنما لوحظ على الطفل ضعف النمو، وتأخر في الكلام، حواس الطفل سليمة، لقد عانى الطفل بعد ولادته من بعض الاضطرابات العضوية حيث كان يصعب إطعامه أو ارضاعه، وكان يبكي أو يصرخ باستمرار، ولا ينام إلا لساعات قليلة، وقالت والدة الطفل إنه كان مزعجاً جداً لأسرته، وفي عمر السنتين ظهرت عليه أعراض الحركة الزائدة وبشكل مزعج حيث كان يجري بسرعة، ولا يمكنه الجلوس على الكرسي بشكل عادي ويعبث بكل ما تقع يده عليه، وأحياناً يعرض نفسه للخطر أو للإيذاء، وفي عمر (٣ - ٤) سنة كانت هناك صعوبة في التحكم بعملية التبول، (واستمر الطفل في تبوله اللاإرادي حتى عمر السادسة والنصف) وبعد أن تم علاجه جرى في هذه الأثناء تسجيله في روضة للأطفال حيث رفض منها بعد ثلاثة أشهر بسبب اضطراب سلوكه إذ كان يخرج من الصف كثيراً ولا يصغي للمشرفة، ويعبث بالأدوات داخل المدرسة، ويضرب التلاميذ أحياناً، بالإضافة إلى البكاء والصراخ، وضرب قدميه بالأرض، ورأسه بالجدار وذلك عندما لا تنفذ مطالبه أو

تحول المشرفة دون أن يفعل ذلك. وحاول الأهل تسجيله مرة أخرى في روضة الأطفال إلا أن المحاولة فشلت للأسباب نفسها، وعندما أصبح عمر الطفل ست سنوات تم تسجيله في المدرسة الابتدائية حيث تكررت الشكاوى نفسها مرة أخرى، وجاء في تقرير المدرسة: إن سلوك الطفل غير عادي، وأنه يعاني من ضعف القدرات العقلية، وعدم الانتباه، والسرحان، وكثرة الحركة داخل الصف وخارجه، وضرب التلاميذ، والعبث بالأشياء، وأن هذا الطفل غير مهيأ لدخول المدرسة الابتدائية ويحتاج إلى تربية خاصة وعلاج، وتم عرضه على طبيب أطفال، وأجريت له بعض الفحوص الشعاعية والمخبرية دون الوصول إلى ما يشير إلى وجود خلل عضوي لديه، كما أجريت له بعض الفحوص العقلية التي تبين من خلالها أن الطفل يعاني من ضعف عقلي بسيط. وبشيء من التعاون بين أسرة الطفل والمدرسة استمر الطفل في المدرسة حتى الصف الثالث الابتدائي ولكن بصعوبة، وكان المعلمون وأسرة الطفل غير راضين عن وضعه العام، وكانوا يصفونه بالمتخلف عقلياً ودراسياً، وكثيراً ما كان يلقى الضرب والقسوة والحرمان من والديه، وحدث أن ضرب أحد التلاميذ في المدرسة مما أدى إلى فصله من المدرسة، ونقل إلى مدرسة أخرى، وكان الاعتقاد السائد أن الطفل متخلف عقلياً، أو أن ذلك بسبب كونه الطفل الأول من حيث الترتيب في أسرته وبسبب دلاله المفرط، أو أن الطفل يعاني من مرض عصبي ما... وتم عرضه على طبيب الأطفال ثانية ووصف بعض الأدوية المهدئة لسلوكه (الريتالين).

وبعد تشخيص حالة الطفل تبين أنه يعاني من اضطراب فرط النشاط الحركي مع اضطراب في السلوك، وفي ضوء تشخيص حالته تم نقله إلى مركز علاج متخصص لمثل هذه الحالات، وتم علاجه دوائياً ونفسياً ـ سلوكياً، كما تم ارشاد أسرة الطفل من أجل فهم أن مشاكل طفلها السلوكية هي نتيجة لاضطراب فرط الحركة وليست سبباً له، وتم وضع خطة للعلاج ولمتابعة حالة الطفل، وبحيث يشعر الطفل بالأمن والطمأنينة خارج المنزل وهو بعيد عن أهله الذين يقومون بزيارته داخل المركز على فترات، وقد تحسنت حالة الطفل تدريجياً كما تحسن سلوكه العام وبعد ذلك تحسّن مستوى الأداء المدرسي لديه.

يلاحظ من خلال حالة الطفل أيمن أعراض فرط النشاط الحركي مع الاضطراب

بالسلوك لدرجة إزعاج الأسرة والمدرسة، مع تأخر بالنمو ودرجة بسيطة من التأخر العقلي، وتأخر مستوى النطق والكلام لديه مع صعوبة التواصل السوي مع الآخرين، وصعوبات في مجال التعلم، وبعض أطفال فرط الحركة يفضلون البقاء داخل المنزل وخاصة إذا شعروا بأن الأمور لا تسير على ما يرام من حولهم، لذلك نجدهم يقاومون الذهاب إلى المدرسة، ويتجنبون الاختلاط بالآخرين، وتكون ردود فعل الطفل البكاء والصراخ والعناد والتحدي والعدوان واللامبالاة، وأحياناً نجد الطفل يعبث بالأشياء، أو ينقر على الطاولة، أو يدور على الكرسي الذي يجلس عليه ويظهر ذلك على مائدة الطعام وداخل الفصل الدراسي وقد يصاحب ذلك فرط الكلام والحديث الغامض وبعض التمتمات، مع ملل سريع وعدم تحمل، وتوتر وقلق شبه دائمين، وعدم القدرة على الانتظار والوقوف أو الجلوس لفترة تتجاوز (٢ ـ ٣) دقيقة. . . ونلاحظ لدى حالة الطفل أيمن أعراض نقص الانتباه والسرحان أو شرود الذهن وعدم القدرة على التركيز، حيث نجده لا يركز اهتمامه على أمر هام في محيطه، ويفقد القدرة على الاستمرار في الانتباه، أو في استمرار العمل الذي يقوم به إلى فترة زمنية، والسبب أن كافة المثيرات والبواعث تؤثر في انتباه الطفل، وقد يعاني من شرود ومن حيرة سماعية بحيث نجده لا يستمع أو لا يصغي إلى الرسائل الصوتية الموجهة إليه لفترة من الزمن، وقد يعاني الطفل من شرود بصري بحيث نجده لا يتمكن من ملاحظة أو مشاهدة عمل ما (أو مشهد ما) لفترة زمنية متواصلة، وقد نجد الطفل يلفت سمعه أو بصره أمور أو أشياء في محيطه غير ذات قيمة، أو تكون تافهة، والمعلم في المدرسة، أو الأهل هم أول من يلاحظ بأن ما يلفت نظر التلميذ (الطفل) أو يلفت سمعه أمور تافهة مثل صوت سيارة، أو صوت كرة، أو وقع أقدام شخص ما. . . الخ. كما نجد الطفل لا ينفذ المهام التي توكل إليه، وإنما يمضي وقته في اللعب واللهو بأي شيء يصادفه في ذهابه لأداء عمل ما.

ويجب الانتباه إلى أن بعض الأطفال الذين يعانون من اضطراب فرط الحركة قد يركزون انتباههم فقط عند قيامهم بأعمال معينة مثل الجلوس أمام التلفزيون، أو اللعب بالفيديو، أو الأتاري، أو الكمبيوتر. . . والسبب في أن مثل هذه الألعاب تكون ممتعة للطفل وتجذبه بحيث تلغي أي انتباه لأشياء أخرى في محيطه، حتى أننا نجد الطفل

وكأنه لا يسمع، أو لا يرى، أو لا يحس بأي شيء حوله عدا مشاهدة التلفزيون أو اللعب بالأتاري أو غير ذلك، أو عندما يقوم شخص بإغلاق التلفزيون، أو لفت نظر الطفل بشدة إلى شيء آخر.

وعلاوة على ذلك نجد الاندفاع بالسلوك، حيث نجد الطفل يسلك دون أن يفكر بالسلوك وعواقبه قبل أن يقوم به، كما أنه لا يمكنه التحكم بسلوكه، أو بردود فعله، وهذا قد يسبب للطفل الأذى والضرر والندم والغضب والحوادث . . . مثل تعرضه للجروح أو الإصابات، وقد نجد لدى الطفل سلوكات غريبة مثل العبث بالنار، وإيذاء الآخرين والسرقة، واتلاف الأثاث، والكذب . . . الغياب عن المدرسة، وتعذيب الحيوانات وغير ذلك مما قد أشرنا إليه سابقاً. وهذه الاضطرابات التي يحدثها الطفل تؤثر على باقي أفراد أسرته، وعلى والديه، وأخوته وأخواته، والمقربين ولا شك بأن تقبل الوالدين وأسرة الطفل وذويه لمشكلة طفلهم ليس بالأمر السهل، حيث أن عليهم فهم مشكلة طفلهم وتنظيم ردود فعلهم تجاه هذه المشكلة بالشكل المناسب الذي يسمح بعلاج مشكلة الطفل والحد من أعراضها.

اتجاه الأسرة نحو طفل اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه والاندفاع بالسلوك:

إن أفراد الأسرة لهم مشاعرهم وأحاسيسهم ومشاغلهم الخاصة والعامة، ويتأثرون بكل ما يدور حولهم، كما أن لهم قدرات محدودة على الفهم والأداء والتعلم والصبر أو التحمل، وتربطهم علاقات مع الكثيرين من الأفراد، وقد يتعكر صفو هذه العلاقات بسبب الحزن والألم والضغوط النفسية والقلق والانفعالات وغير ذلك، ومن الطبيعي أن هناك فروقاً اجتماعية وثقافية واقتصادية وصحية بين أسرة وأخرى، ولعل أصعب اللحظات التي يتأثر بها الأهل هي لحظة تشخيص حالة طفلهم على أنها حالة اضطراب . . . حيث يشعر الأهل بالحزن والألم والخوف والقلق، كما يشعرون بالذنب والخجل، ومن الصعب على الطبيب أو أي اختصاصي معرفة ما يدور في ذهن الوالدين (والأسرة بشكل عام)، وما يحدثان به نفسهما حول مشكلة طفلهم من أفكار

وتصورات قاسية ومؤلمة ومحزنة، لذلك ينصح الطبيب والاختصاصي أن تؤخذ بعين الاعتبار مشاعر الوالدين وأسرة الطفل عند تشخيص حالة طفلهم، وللأسف ليس كل طبيب أطفال، أو كل طبيب نفسي أو اختصاصي يدرك أهمية هذه النقطة، وقد يقصّر هؤلاء في شرح طبيعة الاضطراب للوالدين وفعالية الدواء والعلاج، وذلك لكي لا يزيدوا من قلقهما ومخاوفهما مما قد يزيد من حماية الطفل، أو نبذه أو يؤثر سلباً على حالة الطفل، (ويمكن أن يكون ذلك في إطار الإرشاد الأسري لأسرة الطفل)، ومن الضروري أن يكون جميع أفراد الأسرة على معرفة تامة بمشكلة طفلهم وحتى يساهموا بدورهم نحوه ويساعدوا في عملية العلاج التكاملي لحالة الطفل.

وقد لوحظ من الدراسات أن معظم ردود فعل الوالديه (والأسرة) تجاه حالة طفلهم، وتجاه ما يصاحب هذه الحالة من اضطرابات سلوكية وأكاديمية واجتماعية... هي في بادىء الأمر النكران وعدم التصديق بوجود مشكلة في الأسرة وتقديم مبررات واهية مختلفة حول مشكلة طفلهم، كل ذلك بسبب الوصمة الاجتماعية للأسرة التي لديها طفل يعاني من الاضطراب. إن رأي الطبيب غير صحيح، الاختصاصي لم يهتم بتشخيص الحالة، هناك تناقض بين ما سمعناه وما قاله الطبيب،... الخ.. وعملية إنكار الواقع وتقديم مبررات غير صحيحة هي عبارة عن آلية دفاعية نفسية كثيراً ما يلجأ إليها الوالدان، ومن أجل تجنب الألم النفسي، أو مشاعر القلق والحزن والصراع لديهما، وهي عملية مفيدة مؤقتاً للوالدين لأنها تخلق نوعاً من التوازن النفسي المؤقت في مواجهة مشكلة طفلهم. إن نكران وجود مشكلة أو واقع خارجي أسري مؤلم ومزعج، أو إدراك الواقع مشوهاً يناسب الاحتياجات الداخلية للوالدين، كما يناسب تفكيرهم، وأحياناً يميل بعض أفراد الأسرة إلى استخدام الخيال على شكل انسحاب مؤقت جزئي من الواقع المؤلم، وقد يعمل أحد الأبوين أو كلاهما على كبت مشاعرهما كبتاً ثانوياً، حيث يتم إبعاد الأفكار والتصورات أو المشاعر المؤلمة حول مشكلة طفلهما ونسيان ذلك مؤقتاً من حيّز الشعور... وهنا قد نجد الأهل ينتقلون من طبيب لآخر على أمل الوقوف لدى طبيب أو اختصاصي يساعدهم في تغيير هذه الأفكار والمشاعر المؤلمة حول طفلهم، بأفكار ومشاعر أكثر ايجابية (حتى ولو كانت مشاعر وهمية غير صحيحة)، وفي بعض الحالات يعمل الأهل ما بوسعهم للتستر على

مشكلة طفلهم، وإحاطة هذه المشكلة بنوع من الكتمان والسرية وخاصة إذا كانت المشكلة تتعلق بأنثى، وقد تخفي الأم الحقيقة على زوجها وأسرته خشية التقليل من شأنها، والاكثار من نقدها (وخاصة في المجتمعات العربية)، ولأن المجتمع وأسرة الزوج والزوج لديهم صورة مثالية عن الطفل الذي ستلده الأم أو الزوجة، طفل لديه قدرات المنافسة الناجحة، مثل الوالدين على الأقل، إلا أن ولادة طفل يعاني فيما بعد ن اضطراب (أو إعاقة) يجعل توقعات الزوج وأسرته والأم سلبية، وهنا يحدث تباعد بين الطفل المتوقع، والطفل الذي ولد في الواقع، وهذا ما يفرض على الوالدين تحدي الواقع، وقد تكون المسؤولية الكبرى تقع على الأم، ولأن المجتمع غالباً ما يعتبر الطفل بمثابة هدية من الأم لزوجها، وفي حالة وجود مرض أو اضطراب أو إعاقة فإن الهدية تصبح غير لائقة، ويفسّر ذلك بأنه خطأ أو عيب من الزوجة (وهذا يخالف ما جاء في القرآن الكريم الذي يقول ﴿وجعلنا منه (أي من الرجل) الزوجين الذكر والأنثى﴾ صدق الله العظيم.

وفي هذه الحالة تدرك الأم خيبة الأمل لدى زوجها وعلى أنها خيبة أمل سببها الأم ذاتها، وقد تنجح الأم بالتستر على مشكلة طفلها، إلا أن الأب غالباً ما يبني آمالاً كبيرة وتوقعات على طفله، ومن الطبيعي أن أسلوب التستر هذا يكون مؤقتاً ولا فائدة منه، وفيما بعد قد يدرك الطفل أن هذا الأسلوب مؤشر على عدم تقبل، وهذا ما يزيد من خوف الطفل وقلقه واحباطه ويشعره بأن طفل ناقص أو غير مقبول . . . ويمكن القول أنه في وقتنا الحاضر وبفضل التقدم العلمي والتطور الحضاري وزيادة توعية الأسر أصبحت مشاعر الوصمة الاجتماعية، وعمليات التستر على مشكلة الطفل أقل حدة من السابق إلا أن بعض الآباء والأمهات ما زالوا يواجهون صعوبة في تقبل طفلهم صاحب المشكلة.

من ناحية أخرى قد ينظر بعض الآباء إلى مشكلة طفلهم المعاق أو المضطرب على أنه بمثابة عقاب إلهي للأبوين بسبب ذنوبهما، ويشعر الأهل بالحزن واليأس والاحباط والألم، ويتساءلون لماذا حدث لهم ذلك؟ وماذا اقترفت أيديهم؟ ولماذا هذا الطفل بالذات؟ وغالباً ما تكون هناك تفسيرات تعزز هذا الاحساس باليأس، فإذا عرف الأهل السبب الحقيقي وطبيعة مشكلة طفلهم، وأن هذا الأمر شائع. ... لم تعد هناك

مشكلة، أو أن المشكلة تصبح أقل حدة، إنما المشكلة تزداد عندما يشعر أحد الوالدين (وخاصة الأم) أنه السبب في ذلك، و هذا ما ينمّي مشاعر الإثم والذنب والغضب والاحساس بالدونية والندم. . . وقد يوجّه أحد الأبوين مشاعر الإثم والغضب نحو نفسه لاعتقاده بأنه قام بظلم طفله، وقد يسقط لومه على الآخرين لأن مشاعر الإثم والألم لديه لم تعد تحتمل مع الإحساس بالندم على انجاب الطفل (وهذا قد يكون له مضاعفات نفسية على حمل آخر في الأسرة)، وقد يعتبر الوالدان أو أحدهما أن ولادة طفل مضطرب هو بمثابة عقوبة من الله، ويبدأ كل والد بتذكر خبراته العاطفية والجنسية السابقة ومواقف الزنا والإدمان والحوادث السابقة. . . وهذه تعتبر أساليب دفاعية نفسية للتخفيف من مشاعر الإثم والندم، وأحياناً قد تتحول مشاعر الإثم والندم إلى قسوة على الطفل بسبب سلوكه مما يزيد الأمر سوءاً (شكل من الإزاحة النفسية Displacement)، وإذا اشتد الإحساس بالإثم والندم والاكتئاب والقلق. . . فقد يؤدي ذلك إلى ابتعاد الأهل (أو بعضهما) عن الطفل، وقد يسقط أحد أفراد الأسرة، أو أحد الأبوين سبب المشكلة على الآخرين، مما قد يخفف الاحساس بالذنب ومشاعر اللوم والندم. . . مثلاً من هذه الاسقاطات: الطبيب لم يحضر في الوقت المناسب، طبيب الأسرة أخطأ في تفسيره لحالة الطفل، عندما ارتفعت درجة حرارة الطفل لم يتم اسعافه في الوقت المناسب. . . الخ، وقد يسقط الأهل اللوم على المدرسة، أو على الاختصاصيين، وتفسيرات كهذه أمام الطفل قد تجعل الطفل يقلل من احترام ومن شأن هؤلاء الأفراد، وهم أهم الأفراد الذين يمكنهم علاجه ومساعدته، وقد يتكون لدى الأبوين (أو أحدهما) ردود فعل معاكسة، حيث يتم التعبير عن المشاعر المؤلمة بما يناقضها، فالأم النابذة أو الرافضة لطفلها والتي لا تستطيع تحمل ذلك نجدها تفرط في رعاية طفلها وحمايته وتدليله. . . وهذا مفيد عندما يكون الطفل في حاجة لذلك، ولكن ذلك خطر وضار إذا أفرطت الأم (أو أحد الأبوين) في ذلك، حيث على الأهل تعويد طفلهم الثقة بالنفس والاعتماد على النفس تدريجياً. ومن المؤسف أن الحماية المفرطة للطفل تعمل على إخفاء مواضع الضعف لدى الطفل، إن الطفل يعي ما يدور حوله، وفي حالة الحماية الزائدة له قد يتساءل لماذا يكلف أفراد الأسرة ببعض المهام ويستثنى هو من ذلك؟ صحيح أن هذا الطفل يعاني من فرط الحركة ونقص الانتباه

ولكنه طفل حساس يشعر ويفهم ما يدور حوله. ثم إن عملية الحماية الزائدة (أو النبذ) تجعل الطفل يحرم من كثير من الخبرات التي من المفروض أن تقدم له لمساعدته على تخطي مشكلة وعلاجه.

وتتكرر عملية نقل الطفل من عيادة لأخرى ومن طبيب لآخر على أمل الوصول إلى حل أو إلى علاج فعال لمشكلة الطفل. أو على أمل الوصول إلى طبيب يؤيد أفكار الوالدين (مثلاً أفكار النكران) حول مشكلة طفلهم. وهنا قد نجدهم يمدحون ويطرون الطبيب الجديد، ولكن سرعان ما يتعرض هذا الطبيب الجديد إلى المقت والذم والهجوم عندما يكتشف الأهل أن حالة طفلهم بعد العلاج لم تتحسّن، حيث ينتقل الأهل إلى طبيب جديد آخر، وهكذا يضيع الوقت ويحرم الطفل من استغلال هذا الوقت في التزامه ببرنامج علاجي مفيد وفعال، لهذا فإن توافر الثقة بين الطبيب والطفل وأهله هام جداً في عملية العلاج، وعندما يتطرف الأهل في رعايتهم لطفلهم كنوع من رد الفعل تجاه إحساسهم بالذنب فهذا يزيد من صراعاتهم ونجدهم أمام الناس يقدمون كل عناية لطفلهم ويحاولون الضغط على مشاعرهم، وعندما يفكرون وحدهم نجدهم يظهرون كل الآلام والغيظ والاحباطات والمخاوف... ويكررون ذكر ما يعانونه من عذاب وآلام في سبيل طفلهم، ومع نمو الطفل نجده يدرك، ويسمع، ويلاحظ بأن هذا التصرف من قبل والديه لا يقابله اعتراف منه أو تقدير فهو طفل لا ينفع لشيء ولا قيمة له، ولا يستحق ذلك، وبعض الأسر قد تنسحب من أنشطتها الاجتماعية للاهتمام بطفلها، وبعضهم يبالغ في ذلك، مما يؤدي إلى توتر الأسرة وتفكك وظائفها، وإذا كان أحد الوالدين يشعر بالنقص والدونية لسبب ما نجده يعوض عن هذا النقص ويشعر بالقيمة وبأنه مصدر حاجة للآخرين، وأن هناك طفلاً في الأسرة يعتمد عليه، وهنا يزداد إحساس الطفل بقصوره، وبوضعه، وبزيادة اتكاله وسلبيته... ومع نمو الطفل أيضاً والتحاقه بالمدرسة فإن الحقيقة (أي حقيقة مشكلة الطفل) تتضح أكثر فأكثر (ولم تعد آلية الانكار مفيدة) حيث يكتشف المعلمون مشكلة الطفل، أو يتم ابعاده عن المدرسة، وهذا ما يزيد من شدة الضغوط على الأسرة، وكثير من الآباء يسايرون هذا الضغط ويتكيفون معه، بعد فترة من المعاناة، يضاف إلى ذلك ردود فعل الأخوة والأخوات والأطفال الآخرين حيث ينتاب الأخوة الإحباط والغضب بسبب ما

يتحملونه من أخيهم، فإذا صرخ أو بكى الأخ صاحب المشكلة عوقب الأخوة من أجله، وإذا اختلف الوالدان حول أسلوب تنشئة الطفل ودور كل منهما فإن ذلك يؤدي إلى نزاع وجفوة بين الطفل وباقي أطفال العائلة، وتكون الحالة أسوأ لدى الوالدين المطلقين حيث يتنقل الطفل من عائلة الأب إلى عائلة الأم وهكذا، وبعض الأخوة قد يحاولون تحويل نزعاتهم المكبوتة عن طريق ازعاج الطفل المصاب الذي قد يثيرونه للقيام بتصرفاته السخيفة المضحكة، وهنا قد يعاقب الأهل الطفل المصاب، وأحياناً يحاول الأهل مقارنة أطفالهم ببعض ويحاولون إخفاء التفوق والنجاح للأخوة من أجل أن لا يشعروا الطفل المريض بأنه أقل منهم، وهذا عوضاً عن تشجيعهم وتقديم المكافآت لهم.

وباختصار، تعيش الأسرة في حالة حيرة وقلق وخوف (مما قد يتطلب الإرشاد الأسري المبكر للأسرة)، كما تعيش أساليب نفسية دفاعية، وحالة ارباك وإحساس بالذنب وبالاحباط والاكتئاب، ولوم كل فرد للآخر، وانكار، وحماية زائدة للطفل، وتسامح مفرط، أو تشدد وجمود، أو تقبل للطفل، أو رفضه ونبذه، مع البحث عن علاج أسطوري، والعمل على إعادة تنظيم الموقف الأسري الحياتي ككل، ويحدث أن تتصادم الأدوار داخل الأسرة، وينتهي الصراع بإرغام الطفل صاحب المشكلة على السير نحو هدف دون آخر، وقد يرفض الطفل ذلك، ويصارع من أجل قيامه بأدوار فرضت عليه ولا يستطيع تحقيقها، أو بعيدة المنال عنه، ومن المؤسف أن المجتمع يدرك الطفل وكأنه يحمل عدداً من أشكال القصور في وقت واحد ليس فقط فرط الحركة ونقص الانتباه، بل التأخر العقلي، والتأخر الدراسي، والجنوح، والإعاقة.. الخ، علماً بأن الطفل لا يعاني إلا من مشكلة واحدة وهي فرط النشاط الحركي.

أما عن الطفل صاحب المشكلة فإن يشعر بالنقص، وبالقسوة، وبأنه أصبح عبئاً على غيره، نجده يعاني من الاحباط، ومن الخوف والقلق، وضعف الثقة بالنفس، وبالتردد، وفي المواقف الجديدة تأخذ الطفل الحيرة، والتذبذب بالسلوك، يجرّب الأشياء بشكل حذر، الطفل لا يعاني من مشكلة في حد ذاتها بقدر ما يعانيه بسبب مواقف الحياة المتغيرة من حوله، ومن المواقف النفسية الجديدة التي يتعرض لها، الطفل يعيش مع أفراد عاديين، وهو يعيش مع عالم نفسي وعقلي تفرضه عليه مشكلته،

وهناك تداخل بين عالم الكبار العاديين وعالم الطفل صاحب المشكلة، وعلى الطفل أن يحاول ويتعلم كيف يتكيف مع عالم العاديين، ولكنه في الواقع لا يستطيع، لذلك عليه الالتزام بالتوجيه والتدريب والتعليم لتحقيق ذلك، وطفل فرط الحركة قلّما يلتزم بذلك، مما يجعله يواجه القسوة والضرب أحياناً بسبب يأس الوالدين ونفاذ صبرهم ومحاولاتهم.

هل طفل فرط الحركة يساهم في اضطرابه أو يعمل على اختيار هذا الاضطراب؟

أشرنا سابقاً في حديثنا عن أسباب اضطراب فرط النشاط الحركي إلى أن أحد هذه الأسباب التصدع الأسري، وشخصية الأبوين وغير ذلك من أساليب التنشئة الأسرية والاجتماعية . . . والواقع أن الآباء كثيراً ما يشعرون بالحيرة والذهول وفقدان السيطرة واليأس عندما يجدون أنفسهم وقد فشلوا في توجيه طفلهم، وأن هذا الطفل أصبح مزعجاً لنفسه وللآخرين، وأنهم ضحّوا كثيراً من أجل طفلهم دون فائدة، وأن مشكلة طفلهم سببت لهم انتقادات من الآخرين عملت بدورها على زيادة حنقهم وإحساسهم بالذنب تجاه مشكلة طفلهم، وكذلك خوفهم من كبر طفلهم واضطراب سلوكه واستغلاله في عمليات الانحراف وغير ذلك. . . ومما لا شك فيه أن الآباء تقع عليهم المسؤولية الأولى في تشكيل شخصية ومستقبل أطفالهم، فالطفل يأتي إلى العالم وهو يشبه كتلة من الطين غير المشكّلة، وتتشكل تدريجياً خلال عمليات النمو أولاً، ثم البيئة الاجتماعية ثانياً، والعديد من الآباء يعلمون ذلك بوضوح، وتؤكد العديد من الدراسات (Stanson, E) (١٩٨٩) أن معظم حالات فرط الحركة لدى الأطفال واضطرابات السلوك تبدأ في مرحلة باكرة من النمو قبل عمر المدرسة، وهذه الاضطرابات السلوكية والحركية بعيدة عن أن يتوقعها الإنسان، وهي يمكن أن تتطور إلى الأسوأ (إذا أهملت) لتصبح نمطاً من السلوك المتكرر والملح والمزعج للآخرين، ويؤثر بشكل مباشر أو غير مباشر على المعايير والقيم الاجتماعية بحيث يصبح الطفل لامبالياً، عنيفاً، أو عدوانياً، عنيداً، متهوراً، يكرر الأخطاء، ولا يشعر بالندم، ولا

يردعه العقاب، . . . الخ. ومنذ القديم أكد العالم النفسي (١٩٤٢) (دافيد ليفي) على أن الإفراط في حب الأم لطفلها، والتساهل والحماية الزائدة تؤدي إلى سمات شخصية سلبية لدى الطفل، وفي عام (١٩٨٢) أكد (دافيد الكايند) بأن أي اضطراب مبكر لدى الأطفال يكون كرد فعل للآباء وللأبوّة، وكان يعتقد قديماً أن الطفل عبارة عن كائن صغير محدود الوعي والادراك والخبرة وأنه كائن مستقبل المثيرات من غير أن يؤثر هو (أي الطفل) في البيئة، إلا أن الدراسات الحديثة حول اضطرابات الأطفال تؤكد على أن الطفل ليس بمثابة مستقبل سلبي وإنما يساهم الطفل أيضاً في تشكيل سلوكه وسلوك الآخرين، وكعنصر هام في التفاعل الاجتماعي الأسري والاجتماعي. إن أي والدين قلّما يدركون الفروق الفردية بين أطفالهم منذ الولادة، ويعملون على غمر كافة أطفالهم بالحب وبالأسلوب نفسه، وإعطاء الجميع فرصاً واحدة واتجاهاً واحداً في التنشئة الأسرية، علماً بأن الفروق قائمة، فقد يكون أحد الأطفال من النوع المندفع، المتوتر، سريع الاهتياج المشوش، غير الواضح، المتوتر . . . والطفل الآخر في الأسرة يكون عكس ذلك، وهذا يرجع إلى عوامل وراثية وعوامل استعداد وغيرها . . . وهذا يحتم على الآباء الاستجابة المختلفة لأطفالهم، صحيح بأن السبب الرئيسي لمشكلات الأطفال هو الأبوة السيئة، ومعظم المعالجين النفسيين والمرشدين يدركون هذه الحقيقة، فإن الطفل الذي يلقى القسوة، والنبذ، والحرمان من أسرته يندفع نحو وجود بديل يعوضه عن ذلك ويجنبه عوامل القسوة والحرمان، وبهذا نجد الطفل يندفع للتصرف بطريقة شاذة، تمردية، غير متوقعة . . . وكذلك فإن الطفل الذي يغمر بالحب والعطف والدلال الزائد فإنه لا يشعر بالمسؤولية تجاه نفسه وتجاه الآخرين، ويصبح لامبالياً، مستهتراً بالأنظمة والقوانين، وفي هذه الحالة يشعر الطفل بحرية زائدة ويعمل على تكرار الحوادث المزعجة أو السلوك المضطرب، وقد نجد قسوة الوالدين أو أحدهما في الأسرة مما يؤدي إلى عناد الطفل، وتجاهله أنظمة المنزل، وقد يصبح عدوانياً وغير ذلك، إن هناك العديد من الحوادث الأسرية لم يعمل الأطفال على ايجادها مثل: الإدمان، الطلاق، البؤس المادي، والتفكك الأسري، النبذ أو الرفض للأطفال.

وتؤكد الدراسات على علاقة هذه العوامل باضطراب سلوك الأطفال، وأن اضطراب الأطفال هو بمثابة وسيلة تكيفية لدى الطفل من أجل التغلب على المشكلات

والمصاعب التي تواجهه، هذا بالإضافة إلى أن الأطفال غالباً ما يعملون على تحقيق بعض المكاسب لهم عن طريق سلوكهم المضطرب، وبمعنى آخر إن شخصية الطفل تتكشف للعيان من خلال استجابته للأفراد والحوادث التي تدور من حوله، والواقع أن العلاقة السببية هنا ليست بهذه البساطة، فمن الطبيعي أن البيئة تؤثر في سلوك الطفل، ولكن يمكن التمييز بين عوامل البيئة، عامل على مستوى من الأهمية والتأثير أكثر من غيره من العوامل، ونحن إذا حللنا سلوك أي طفل نجد أن هذا السلوك هو أكبر مما نتوقع من تأثير البيئة، أو يمكن القول بأن البيئة التي أتى منها الطفل هي أقل من تختار الفعل أو الاستجابة التي يقوم بها الطفل لعوامل البيئة، الطفل يمكن أن يعتدي ليجذب الانتباه لديه، أو يسرق ليعوّض الحرمان. . . الخ. وقد يؤكد البعض على أهمية الدين والقيم الدينية ونمو الحس الوجداني والضمير في اضطراب السلوك لدى الطفل، فالطفل خلال مرحل نموه وعبر تنشئته الأسرية من المفروض أن يتعلم من والديه القيم الدينية الصحيحة، التي ترشده نحو معرفة الصح من الخطأ، حيث يثاب الطفل عندما يلتزم بالقيم، ويعاقب على الخطأ (حزم دون قسوة) وتدريجياً تنمو لدى الطفل هذه القيم الدينية والاخلاقية التي تنعكس ايجاباً على سلوكه، وتحصنه أو تقيه من الاضطراب أو من الوقوع بالخطأ في المستقبل، ومن الطبيعي أن ذلك يتطلب وجود القدوة أو الأبوة الحسنة، كما يتطلب توفير العلاقة الحسنة التي يسودها الحب والمشاعر الدافئة والثقة والاهتمام. . . وبدون هذه العلاقة لا يتعلم الطفل السلوك الصحيح، كما أن غياب الأبوين أو أحدهما، يفقد الطفل القدرة على ذلك (كما هو الحال عندما يتم الاعتماد الشبه كلي في تنشئة الأطفال على الشغالات الأجنبيات). والواقع أن آباء هؤلاء الأطفال، وبسبب ما أشرنا إليه من عوامل يأس وقنوط وإحساس بالإثم وبالفشل. . يصبحون معطلين، وليست لديهم القدرة على تقديم أو أخذ أي ردود فعل وجدانية ايجابية من طفلهم، مثل توليد الأحاسيس والمشاعر الايجابية والحب والثقة لدى الأطفال، ويصبح معظم الآباء أكثر غضباً مع أنفسهم أكثر مما هو الحال مع أطفالهم، وفاقد الشيء لا يستطيع أن يعطيه، وهذه من أهم المشكلات التي يعاني منها آباء هؤلاء الأطفال.

ولكن لماذا نلاحظ في العديد من الأسر أن هناك استجابات مختلفة لأطفال الأسرة

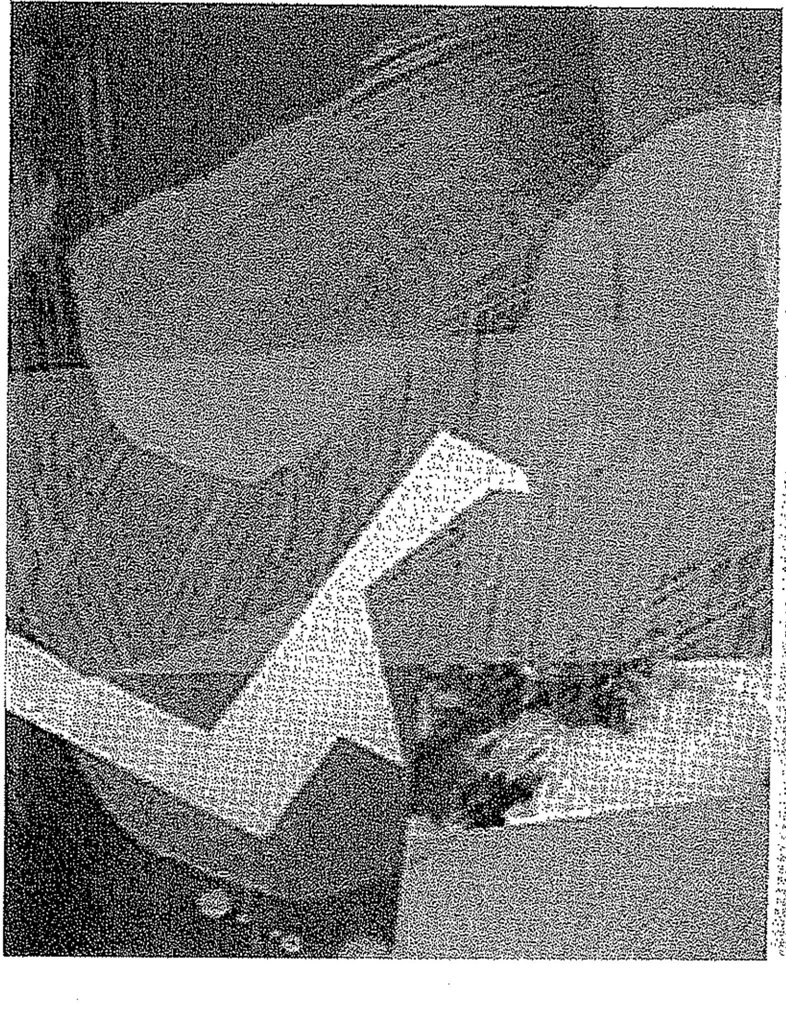
الواحدة، والبيئة الواحدة، والظروف التربوية والاقتصادية الواحدة، بحيث نجد طفلاً ينمو بشكل سوي والآخر يضطرب في سلوكه، ويأخذ هذا الاضطراب نمطاً معيناً مثل فرط النشاط الحركي أو الانحراف في السلوك. . . بمعنى آخر نجد أن هناك استجابات مختلفة للبيئة الواحدة. ما هو السبب في ذلك؟

الواقع أن الطفل خلال نموه، ومن خلال عوامل البيئة والاكتساب وغير ذلك تتكون لديه خبرات وتجارب، وأفكار أو تصورات تساعده في تفسير المواقف التي يتعرض لها والتي يستجيب إليها، وهذه الأفكار والتفسيرات هي التي تختلف من طفل لآخر، ومن خلالها تجعل الطفل يقوم بعملية اختيار للسلوك أو اختيار استجاباته، فالطفل لم يختر بيئته وإنما يختار طريقة التعامل مع هذه البيئة، وليس معنى ذلك أن ما يفعله الآباء وعوامل البيئة لا يؤثر على الأطفال، أو لا يصطدم معهم، صحيح أن الآباء يحاولون زرع القيم الايجابية وتعديل سلوك أطفالهم والقيام بدور نموذجي جيد، ولكن ذلك يختلف من طفل لآخر، ويخضع إلى عملية الاختيار هذه وليس إلى عملية التلقي السلبي، ويجب الانتباه إلى أن جميع عوامل التربية تهدف إلى صنع وتنمية أحاسيس ومعان للأشياء، إذن يمكن القول بأن الطفل يلخص لنا تأثير عوامل البيئة الايجابية أو السلبية من خلال عملية الاختيار غير العشوائية وعملية الاختيار هي عملية عقلية لدى الطفل تتضمن معارف الطفل وقدرته على الادراك والتفسير للمواقف التي تواجهه، وعملية الاختيار هذه هي التي تحدد سلوك أو استجابة الطفل، وتعتبر أحد العوامل في انحراف سلوك الطفل إلى جانب عوامل أخرى أشرنا إليها سابقاً، وهذا ما أكد عليه علماء النفس من أن الإنسان يسلك في حياته حسب ما يدرك، وأن الإدراك الصحيح لمواقف الحياة يؤدي إلى استجابات صحيحة وبالعكس.

وحسب عملية الاختيار هذه يختار الطفل جماعة الأصدقاء التي يريد أن ينتمي إليها، وهؤلاء الأصدقاء بدورهم يختارون الشراكة التي تضم جماعات تعمل بنفس العادات والقيم والسلوك. . . كأن يعتاد الطفل التدخين، أو العودة إلى منزله ليلاً، أو غير ذلك. . . أحد الآباء يقول إن طفله إذا شاهد مجموعتين من الأطفال الأولى تتحدث عن الرياضة والموسيقى والدراسة، والمجموعة الثانية تتحدث عن كيفية الإساءة للمعلمين والحصول على المخدرات وممارسة الجنس مع الفتيات. . . فإن طفله وبدون

تردد يختار المجموعة الثانية، وبمعنى آخر إن الطفل يقوم بعملية اختيار متقنة لجماعته، التي يؤثر ويتأثر بها، ومما لا شك فيه أن عوامل البيئة الخارجية بما فيها الأسرة تساهم في عملية تسهيل (facilitate)، أو كف (inhibit) اضطراب الطفل. إن سلوك الحماية الزائدة للآباء لأطفالهم يؤءي إلى عدم تحمل المسؤولية واللامبالاة والإحساس بالحرية، وبالتالي تكرار السلوك المضطرب، وباختصار، يمكن للاختصاصي عمل أشياء كثيرة في علاج مشكلات الأطفال ولكن عليه أن لا ينسى بأن الطفل يساهم في مشكلاته، وأنه في النهاية هو الذي يختار وإن اختلفت عملية الاختيار من طفل لآخر، ومن مرحلة نمو لأخرى. ويمكن القول إن هناك أنماطاً من الآباء ومن الأطفال تشجع على حدوث الاضطراب، لذلك ننصح الآباء والمربين بالعمل على تنمية ما يسمى بالاختيار المسؤول لدى الأطفال تجاه الذات وتجاه الآخرين، تفادياً لحدوث اضطرابات السلوك، وأن يكون ذلك بشكل مبكر قبل أن تتشكل هذه الاضطرابات على شكل أنماط تصبح قوية ولها أبعاد متعددة، وهنا يأتي دور الوقاية الأسرية والاجتماعية من ذلك. وباختصار، لا يمكننا كآباء ومربين تنشئة طفل سوي في بيئة أسرية أو اجتماعية غير سوية، بيئة يبدأ تأثيرها منذ مرحلة الحمل والولادة.

الفصل الخامس



المعايير الدولية لتشخيص حالات فرط الحركة ونقص الانتباه لدى الأطفال والتي تتطلب التدخل والعلاج:

أعراض حالة فرط الحركة لدى الأطفال:

هذه الأعراض غالباً ما يلاحظها الأهل داخل الأسرة، والأقران، والمقربون من الطفل، ومعلم المدرسة، ويشعر جميعهم أن هناك اضطراباً غير عاديّ في سلوك الطفل، وهذا الاضطراب يحتاج إلى تشخيص وعلاج لأنه مزعج للطفل وللآخرين، ويصاحب ذلك خوف الأهل وقلقهم على الطفل، ويسعى الأهل والمعلم إلى فهم سلوك الطفل وتفسيره في بادىء الأمر، واتخاذ بعض الاجراءات للحد من ذلك، إلا أن سلوك الطفل المزعج يتكرر في عدة مواقف ودون أن يستفيد من التوجيهات التي تقدم إليه.

وفيما يلي أهم الأعراض المصاحبة لاضطراب فرط الحركة لدى الأطفال، والتي أشرنا إليها سابقاً من خلال عرض بعض الحالات:

١ ـ إفراط حركي إندفاعي غير عادي، حاد ومتكرر في أكثر من موقف، ويختلف عن السلوك الحركي الملاحظ لدى الأطفال العاديين من العمر نفسه ومرحلة النمو.

٢ ـ نجد الطفل يقوم بعدة سلوكات مزعجة للآخرين، وتكون في الغالب غير هادفة أو لا مبرر لها.

٣ ـ هذه الاندفاعات السلوكية تكون أحياناً مفاجئة وخطرة على الطفل وعلى الآخرين، ويصحبها لامبالاة، ونقص القدرة على الفهم والانتباه والتركيز، وكذلك نقص القدرة على التعلم أو الاستفادة من الإرشادات التي توجه إليه، مما يجعل المدرسة والأسرة تواجه عدة صعوبات في تدريبه على برنامج معين أو تعليمه خبرات محددة.

٤ ـ إن أعراض فرط الحركة التي تتطلب العلاج غالباً ما تستمر مع الطفل لفترة قد تتجاوز ستة أشهر، وتظهر على الأقل في مجالين من مجالات حياة الطفل، داخل الأسرة، أو داخل المدرسة، أو رياض الأطفال، أو داخل المجتمع؛ في الزيارات

والرحلات والأنشطة الأخرى، أو خلال أداء الطفل لبعض الأعمال.

٥ ـ غالباً ما تلاحظ هذه الأعراض قبل عمر السبع سنوات، ولكن معظم الآباء والمعلمين غالباً ما يشخصون هذا الاضطراب بعد هذا العمر وبعد استمرار هذه الأعراض لعدة سنوات.

٦ ـ هناك دليل واضح على أن هذا السلوك من فرط الحركة المزعج يترك أثراً سلبياً، أو يترتب عليه مضاعفات أسرية، وصحية، واجتماعية، وتعليمية، وكذلك يؤثر على نمو الطفل ونمو قدراته العقلية ومهاراته الحياتية، وعلاقاته، وشخصيته في المستقبل، مما يعوق عملية النمو النضج من الناحية المادية والوظيفية.

٧ ـ إن هذا الاضطراب لدى الأطفال يحدث بصورة مختلفة عن الاضطرابات الأخرى التي تحدث خلال عمليات النمو، مثل الاضطرابات العقلية والتأخر العقلي، والاضطرابات النفسية واضطرابات المزاج، وحالات القلق، والخوف، والغيرة، واضطرابات النوم، واضطرابات الطعام، وحالات التوتر والعدوان، واضطراب الشخصية، وصعوبات التعلم، ويختلف هذا الاضطراب عن حالة فرط السلوك العارضة لدى الطفل في بعض المواقف المثيرة، ومما لا شك فيه أن جميع هذه الاضطرابات (كما أشرنا في السابق) بما في ذلك تأثير الأمراض العضوية والعقاقير والتسممات يصحبها أيضاً نقص الانتباه، ونقص القدرة على الفهم والتركيز والاستيعاب، مع عناد، ومشاكسة لإثبات الذات أو لجذب الانتباه أو لتحقيق بعض المكاسب يكون الطفل على علم مباشر أو غير مباشر بها، وهذه الفقرة أشرنا إليها في حديثنا عن التشخيص الفارقي، لذلك يستثني الأمريكيون هذه الحالات عند تشخيصهم لاضطراب فرط الحركة.

٨ ـ إن نقص الانتباه لدى الطفل غالباً ما يظهر بوضوح في المواقف المدرسية والأسرية أو الاجتماعية العملية، حيث يفشل الطفل في تحقيق الانتباه التام وخاصة للتفاصيل، أو الأبعاد المهمة الموكلة إليه، كما أن لديه صعوبة في علمية إغلاق الإدراك للأشياء. . . ومثل هؤلاء الأطفال لا يبالون بالأعمال التي يقومون بها، كما لا يهتمون بالأنشطة، وقلما تجذبهم بعض المثيرات التي تهم الأطفال، كما أن الأعمال التي يقوم بها الطفل الذي يعاني من فرط الحركة غالباً ما تكون مشوشة (أو ملخبطة) ويكون الأداء

متقطعاً، وبدون اهتمام، وبدون أن يكون للعمل الذي يقوم به الطفل اعتبارات فكرية أو عقلية. وبالإضافة إلى ذلك فإن الطفل لا يستطيع أن يستمر في عملية الانتباه، وذلك إذا كلف الطفل بأداء عمل ما، أو عندما يلهو بالألعاب، ويظهر الطفل للآخرين كما لو أن تفكيره وانتباهه في مكان آخر، أو كأنه طفل أصم لا يصغي إلى تعليمات الآخرين.

٩ - إن الأطفال الذين يعانون من فرط الحركة المَرَضي (بفتح الميم والراء) - كما يطلق عليه البعض - يظهرون (بالرغم من سلامة حواسهم وخاصة حاسة السمع)، كما لو أنهم لا يسمعون، أو لا يصغون لما يقال لهم، أو لما يطلب منهم، ويصاحب ذلك تحولات أو تنقلات متكررة، حيث ينتقل الطفل من نشاط لآخر، أو من منبه لآخر، أو من سلوك لآخر، وذلك قبل اتمام أي نشاط أو أي عمل أو أداء يقوم به الطفل، ويلاحظ الآباء والمعلمون والأصدقاء ذلك بوضوح، ويكون هذا التحول أو هذا الانتقال دون مبرر، أو دون هدف، وكأن الطفل يكون مدفوعاً لذلك بشكل لاإرادي، أو لا واعٍ، وهذا ما يزعج الآخرين.

١٠ - إن أطفال فرط الحركة غالباً ما يفشلون في عملية التكيّف مع المدرسة ومع الآخرين، ولا يستطيعون إتمام أعمالهم المدرسية، أو تنفيذ المهام التي توكل إليهم، وغالباً ما يكون ذلك بسبب الفشل في فهم التعليمات، أو بسبب عناد ومعارضة من الطفل، وهذا ما يعرض الطفل إلى الفشل الدراسي وإلى صعوبات في عملية التعلم، وبالتالي زيادة شكاوى المدرسة والمعلمين من سوء الوضع الأكاديمي الذي آل إليه وضع الطفل.

١١ - إن طفل فرط الحركة يعاني من عدم القدرة على تحقيق الاتزان أو التناسق بين ما يدور في ذهنه، أو بين العمليات العقلية لديه والظروف المحيطة به، بحيث يستطيع تغيير استجابته بذكاء ليتلاءم مع الظروف البيئية الجديدة التي طرأت من حوله، أي يغيّر من تراكيبه العقلية حتى يواجه مطالب ومثيرات البيئة الجديدة التي يتعرض لها، ومن المعروف علمياً أن التفاعل الذي يتم لدى الطفل بين النشاط الحركي ومدركاته هو أساس نمو تفكير الطفل، إلا أن هذا التفاعل لدى الطفل الذي يعاني من فرط الحركة يكون ضعيفاً، بل متفككاً، كما أن رموز الأشياء التي اكتسبها من البيئة تكون محدودة، لذلك يصعب عليه تخزين الأشياء في ذاكرته أو استيعابها، كما يتوقع أن تكون قدراته العقلية

محدودة، يضاف إلى ذلك أن العلاقة بين الدافع إلى السلوك (Motivation)، والحاجة (Need) التي لدى الطفل، والسلوك الذي يقوم به الطفل (Behavior)، والهدف من ذلك (Goal) تكون غير واضحة لدى الطفل الذي يعاني من فرط الحركة، مثلاً، إن هناك أهدافاً يسعى كل سلوك إلى تحقيقها، وهذه الأهداف قد تكون واضحة للعيان، كما قد تكون مضمرة للملاحظ الخارجي، وإن خبرات التعلم (أو خبرات الطفل) هي التي تحدد الطرق التي يستجيب فيها الطفل لموقف أو لمنبه معين، لذلك فإن الدافع الواحد قد يؤدي إلى سلوكات متعددة، كما أن السلوك الواحد لدى الطفل قد يكون بسبب دوافع مختلفة، فسلوك العدوان قد يسبب أحياناً الحاجة إلى لفت الانتباه، أو إظهار الذات، أو الرغبة في الانتقام، أو الرغبة في تأكيد الذات والتعويض عن الإحساس بالضعف. . . كما قد يكون السلوك العدواني استجابة لموقف الإحباط، وحيث يكون الطفل قد تعلم أن يستجيب بهذه الطريقة، إذن يمكننا أن نقول إن الدافع ينشأ من ظروف داخلية نفسية أو عقلية لدى الطفل، ومن ظروف خارجية بيئية تعمل كلها على تحريك الطفل لإعادة التوازن، فالدافع يدفع الفرد للوصول إلى هدف محدد يكون إرضاءً لحاجات داخلية أو خارجية، إلا أن الطفل الذي يعاني من فرط الحركة قلّما نجد لديه هذا التكامل في السلوك بين الحاجة والدوافع والهدف والسلوك الذي يقوم به الطفل والذي من المفروض أن يكون له هدف محدد (كما أشرنا في السابق)، أو يكون موجهاً جهة معينة لتحقيق هدف، كما أننا نجد أن الدافعية عنده ضعيفة، لذلك يصعب عليه أن يستمر في سلوكه حتى لو بقيت الحاجة قائمة لديه.

١٢ - من ناحية أخرى تشير الدراسات التربوية والتعليمية إلى أن طفل فرط الحركة ليست لديه القدرة الكافية على تعميم استجابات المثيرات، وأن عملية انطفاء (Extinction) وكف السلوك الذي يقوم به يكون سريعاً، كما أن عملية نقل أثر التدريب ضعيفة لديه، ولا يستطيع تجميع الكلمات التي يربطها المفهوم نفسه مع بعض كما هو الحال بالنسبة للأطفال العاديين، حيث أنه يستخدم وبشكل أكبر الأشياء الأكثر محسوسية والأقل اعتماداً على الطلاقة اللغوية والكلام.

١٣ - إن أطفال فرط الحركة غالباً لا يستطيعون تنظيم المهام أو الأنشطة التي توكل إليهم، وهم غالباً ما يفسرون هذه المهام أو الأنشطة وخاصة التي تتطلب الاستمرارية أو

التي تتطلب بذل جهد عقلي مستمر، أو تتطلب الاستفادة من الخبرات السابقة، وخاصة الخبرات غير السارّة أو المؤلمة، لذلك فإن هؤلاء الأطفال غالباً ما يتجنبون، وبشدة المهام التي تتطلب جهداً عقلياً مستمراً ومتابعة، أو المهام غير المحببة أو المنفرة، مثل الأعمال الورقية غير ذلك، وهذا التجنب من شأنه أن يؤدي إلى بعض الصعوبات الشخصية المتعلقة بالانتباه والتركيز والفهم مع سلوك ظاهري (غير حقيقي) من العناد والمعارضة، إلا أنه قد يحدث لدى الطفل نوع من المعارضة أو العناد البسيط أو الثانوي وخاصة إذا تمّ الالحاح على الطفل من أجل الاستمرار في عمل ما أو سلوك ما.

١٤ - علاوة على ذلك يعاني طفل فرط الحركة غالباً من اضطراب في العادات العملية، ومن عدم القدرة على تنظيم الأشياء، أو المواد، أو الأدوات اللازمة لأداء مهمة ما بالإضافة إلى فقدان هذه الأشياء، أو تبعثرها، أو إتلافها، أو عدم الاهتمام بها، وهذا ما نجده لدى بعض أطفال المدارس ممن يعانون من اضطراب فرط الحركة حيث يتلفون أو يبعثرون أدواتهم المدرسية (الأقلام، الكتب، الأدوات، الدمى . . .) وغير ذلك من أدوات أو أشياء يصلون إليها.

١٥ - إن الأطفال مفرطي الحركة سرعان ما ينشغلون ويذهول بالمثيرات الخارجية غالباً، أو بمثيرات غير سائدة في البيئة، أو غير مألوفة، مع انقطاع متكرر في المهام التي يقومون بها، وكثيراً ما يحدث الطفل ضجيجاً، أو أصواتاً، أو حوادث، ومثل هذه الحوادث والإزعاجات غالباً ما يتجاهلها الأهل في بادىء الأمر، أو يعملون على إهمالها، أو تدعيمها بشكل غير مباشر، بالإضافة لذلك فقد لوحظ أن عتبة المثير من حيث الشدة لا تؤثر كثيراً في استجابة الطفل أو في شد انتباهه إلى المثير الأكثر شدة، كما هو الحال لدى الأطفال العاديين، بمعنى آخر، يوجد اضطراب لدى الطفل من حيث وظيفتي الإثارة والكف العصبيتين، لذلك نجده ينسى كثيراً الأنشطة اليومية، أو ينسى المواعيد، أو ينسى المجيء لتناول الطعام، وفي المواقف الاجتماعية نجده لا يستمع للآخرين (بسبب نقص الانتباه)، مع عدم القدرة على الاحتفاظ بالمعلومات، ومتابعة تفاصيل الحديث، وبالتالي يكون التواصل مع الآخرين محدوداً أو ضعيفاً.

١٦ - ومن الأعراض البارزة المصاحبة لحالة فرط الحركة، نجد الطفل يتحرك بملل محركاً يديه أو قدميه، ونجده يتلوى في حركته أو مشيته وخاصة وهو يجلس على

الكرسي أو المقعد، ودون أن يبقى جالساً كما يتوقع من الآخرين كما نجده أحياناً يجري بسرعة، ويتسلق الأشياء في مواقف غير ملائمة لذلك، أما بالنسبة للأطفال الكبار فإنه يكون لديهم إحساس بعدم الراحة، وغالباً ما نجد واحدهم يغادر مقعد الدراسة في الصف أو مواقف يتوقع منه أن يبقى جالساً فيها، بالإضافة لذلك، نجده يلعب بصعوبة، ولا يستطيع ممارسة الأنشطة العادية أثناء وقت الفراغ، وهو غالباً ما يتجّه بانشغالاته نحو ذاته. وبشكل عام إن حركات الطفل الكثيفة والمزعجة تظهر لنا وكأن الطفل يتحرك بواسطة محرك وأن هذه الحركة يصعب تعديلها بواسطة الإرشادات أو التعليمات العادية.

هذه الأعراض السابقة المتعلقة بفرط الحركة ونقص الانتباه لا يشترط أن توجد كلها لدى الطفل وفي الوقت نفسه، وإنما يفضل أن يتوفر منها عدد كبير لا يقل عن الثلثين من هذه الأعراض، كما أنه يشترط بهذه الأعراض (وكما سنرى فيما بعد في حديثنا عن المعايير الدولية لتشخيص اضطراب فرط الحركة) أن تدوم لدى الطفل وبشكل مستمر على الأقل ستة أشهر، كما يشترط أن تشير هذه الأعراض وبوضوح إلى خلل أو اضطراب لدى الطفل لا يتناسب مع مستوى نموه وهذا يتطلب من الاختصاصي (كما أشرنا سابقاً) أن يكون حذراً في عملية التشخيص وخاصة لدى الأطفال اليافعين، حيث أن الأطفال الصغار الذين لا يتقنون عملية المشي بعد، أو أطفال مرحلة ما قبل المدرسة والذين يعانون من هذا الاضطراب يختلفون عادة في أعراضهم وفي جهة هذه الأعراض عن الأطفال الكبار الذين يعانون من نفس الاضطراب، فالأطفال الصغار الذين يعانون من اضطراب فرط الحركة يركزون في سلوكهم على ذواتهم وبشكل واضح وشبه مستمر، إنهم يندفعون خلال الباب قبل أن يرتدوا المعطف أو السترة الخاصة بهم، وقد يتسلقون ويقفزون على الأثاث، ويركضون في المنزل، ويصعب عليهم المشاركة في أي نشاط يتطلب منهم الهدوء أو الجلوس لفترة من الزمن تزيد عن (٢ ـ ٣) دقيقة، أما الأطفال في عمر المدرسة الابتدائية فإنهم يظهرون الأعراض نفسها، ولكنها عادة ما تكون أقل تكراراً من أطفال ما قبل المدرسة.

إننا كثيراً ما نلاحظ أن الأطفال يجلسون على حافة الكرسي أو المقعد، ويضربون

اليدين ببعض، ويهزّون أقدامهم بسرعة، ويتركون الطاولة أثناء تناول الطعام، أو أثناء مشاهدتهم للتلفزيون، كما نجدهم يتكلمون كثيراً، ويقومون بأعمال ضجيج وإزعاج خلال بعض الأنشطة التي تتطلب الهدوء، وأحياناً يصرخون، أو يبكون، أو لا يستجيبون إلى تعليمات الكبار.

وعلى الاختصاصي ألاّ ينسى أن الأعراض السلوكية السابقة تتصف بالاندفاعية لدى طفل فرط الحركة (اللاإرادية أو اللاواعية أحياناً) مع صعوبة إرجاء الاستجابة، وعدم القدرة على الصبر والتحمل مع نفاذ الصبر وهذا الاندفاع أو التسرّع من شأنه أن يؤدي أحياناً إلى إفشاء سر دون تفكير، أو نجد الطفل يجيب قبل إتمام السؤال، كما أنه يميل إلى مقاطعة متكررة للآخرين، أو إقحام نفسه في مواقف دون مبرر (تطفّل) مع صعوبة في عملية الانتظار أو التريّث... مما ينتج عنه بعض المشكلات أو الصعوبات الاجتماعية أو الأكاديمية، أو الأسرية... وبعض الأطفال (الكبار) يتذمرون ويشكون دون أن يكون لديهم قدرة على التبرير أو على التعبير، حتى أن الملاحظ يشعر بأن المحصول اللغوي لدى الطفل كما لو أنه ضعيف، وأن قدرة الطفل على التواصل اللغوي ضعيفة، وبعض الأطفال ينطقون الكلمات من حوافها، كما ويعانون من الخوف من الكلام (Speech phobia)، وفي الوقت نفسه يقومون بالعبث ببعض الأشياء، مثل أقلام الرصاص، أو مضغ أطراف الملابس، أو مص الإبهام، أو قضم الأظافر، أو حتى نلحظ لديهم حركات غير عادية في الفم أحياناً (وأثناء النوم) مما قد يسبب اضطرابات لدى الطفل أثناء النوم (وعادة ما يعكس اضطراب اللغة والتواصل اللغوي لدى الطفل علاقة الأم السيئة وقسوتها عليه)، وأحياناً نجد الطفل يقدم تعليقات خارجة عن المألوف، كما أن أحاديثه تكون في غير وقتها، وغير مناسبة، وقد نجده يختطف الأشياء من الآخرين، ويكون ذلك باندفاع ووقاحة، وعلى شاكلة المهرّج في المسرح، ومما لا شك فيه أن هذه الاندفاعات السلوكية قد تسبب بعض الحوادث والمخاطر على الطفل ومن حوله، فقد يضرب الطفل الآخرين بعنف، أو ينقر على الأشياء، أو يخطف بعض الأشياء التي تحتوي على مواد حارة مثل (المقلاة)، ودون اعتبار للعواقب السيئة، وقد يلقي بأشياء من النافذة، أو يعبث بالأدوات الكهربائية الخطرة... ومعظم هذه الأعراض السلوكية غالباً ما تكون قد بدأت لدى الطفل قبل

عمر السبع سنوات كما أشرنا في السابق.

كما أنها (أي هذه الأعراض) تظهر في أكثر من موقف أو مكان واحد في الأسرة والمدرسة والمجتمع والنادي... وأينما كان الطفل، وقد لوحظ أن هذه الأعراض تزداد شدّة عند حضور الطفل إلى عيادة الطبيب، وفي المواقف التي تتطلب منه التركيز والانتباه واستمرار الانتباه، كما تزداد هذه الأعراض شدّة في حالة تعريض الطفل إلى مخاوف وقلق أو انفعالات حادة كما في حالات القسوة والضرب والتهديد والتخويف وما شابه ذلك. وكذلك في المواقف التي تتطلب جهداً عقلياً مثل التعلم، والقراءة والكتابة، والحساب، أو القيام بأعمال رتيبة ومملة متكررة.

إن هذه الأعراض السابقة من فرط الحركة ونقص الانتباه والاندفاع في السلوك تكون كافية من الناحية السريرية لإرباك الوظيفة الأسرية والوظيفة المدرسية والوظيفة الاجتماعية لدى الطفل، ويمكن لهذه الأعراض أن تضعف أو تخف عندما يكون الطفل تحت مراقبة تامة أو عندما يكون في مواقف جديدة تحتوي على أنشطة تتناسب مع اهتماماته الخاصة، أو عندما يكون في موقف مواجهة مع غيره، كما في العيادة النفسية عندما يكون في مواجهة مع المعالج، أو إذا مرّ الطفل بخبرة مكافأة متكررة لبعض السلوكات المناسبة، وأحياناً نجد الأعراض تشتد وبوضوح عندما يكون الطفل داخل جماعات اللعب، أو في جماعة الصف. وعلى الاختصاصي البحث عن السلوك الفردي للطفل في مختلف المجالات ومختلف مواقف الحياة.

إن كثيراً من المؤلفين والباحثين يشيرون إلى أن بعض الأطفال يظهرون أعراض فرط الحركة والاندفاعية دون أعراض نقص الانتباه، والعكس، كما أن هناك أطفالاً لا يظهرون أعراض فرط الحركة والاندفاعية بالشكل النموذجي لهذه الأعراض، بينما نجد لديهم أعراض نقص الانتباه واضحة، وهناك أطفال تظهر لديهم هذه الأعراض داخل الأسرة وتخف داخل المدرسة أو في المجتمع أو العكس وفي مثل هذه الحالات يمكن اعتبارها حالات خاصة من اضطراب فرط الحركة في المنزل أو في المدرسة أو غير ذلك (Home-specific or classroom specific disorder). ومثل هذه الحالات الخاصة يميل الاختصاصيون إلى تصنيفها في مجال مناسب لها مثل اضطرابات السلوك غير الاجتماعية لدى الطفل، حيث يكرر الطفل نمط السلوك الموجّه في الغالب ضد

الآخرين، بحيث يعتدي على حقوق الآخرين الأساسية، ويخرج بسلوكه عن المعايير الاجتماعية، أو القواعد المتبعة في المجتمع، وينتهك حقوق الآخرين. ومرة أخرى نؤكد على أهمية التشخيص التفريقي واستبعاد حالات التأخر العقلي وضعف الحواس وحالات التوحد وحالات الهوس، وحالات الاكتئاب، واضطرابات القلق، وغير ذلك من اضطرابات أو أمراض يكون من أعراضها فرط الحركة ونقص الانتباه.

هذا، وقد لخص لنا كل من روتر، وهولبورو، وبريانا، وغيرهم أبرز الأعراض السلوكية لدى الأطفال الذين يعانون من فرط الحركة على النحو التالي:

١ ـ مزاج غير عادي متكرر حاد ومتقلب، مع عناد ومشاكسة، وحرد لا يتناسب مع مرحلة النمو.

٢ ـ مجادلة الكبار والراشدين وعدم الاستماع لتوجيهاتهم.

٣ ـ مخالفة القوانين والقواعد والقيام بأعمال مرفوضة من البالغين، وخرق القوانين والأنظمة.

٤ ـ يقوم بأشياء مزعجة وتضايق الآخرين.

٥ ـ يلوم الآخرين على أعمالهم وسلوكياتهم وخاصة الخاطئة منها.

٦ ـ سرعان ما تنجرح مشاعره، أو ينزعج من غيره.

٧ ـ نجده دائماً في حالة غضب واستياء.

٨ ـ نجده غالباً مليئاً بالحقد والضغينة أو حقوداً محباً للانتقام.

٩ ـ غالباً ما يخالف المواعيد ويتجنب الأعذار.

١٠ ـ يكون دائماً محباً للعراك مع الآخرين (دون الأصدقاء أو المقربين).

١١ ـ يمكن أن يستخدم الأدوات (أو السلاح) لإيذاء الآخرين.

١٢ ـ غالباً ما يجلس خارج المنزل عند بدء الظلام بالرغم من تحذير والديه (قبل عمر ١٢ سنة).

١٣ ـ يكون أحياناً قاسياً تجاه الآخرين، كما يمكن أن يكون قاسياً تجاه الحيوانات.

١٤ ـ يتلف ممتلكات الآخرين أحياناً عن طريق الكسر، أو النار....

١٥ ـ يمكن أن يشعل النار والحرائق لإحداث أضرار.

١٦ ـ يقوم بسرقة أشياء ليس لها قيمة وبدون إيذاء الآخرين، ويمكن أن يستغل أحياناً من قبل

الكبار في السرقات أو في دخول المنازل ليلاً، أو دخول وسرقة المحلات التجارية.

١٧ - يتغيب بكثرة عن المدرسة وبدون عذر قبل عمر (١٣) سنة.

١٨ - يهرب أحياناً من والديه، ويتخطى سور المدرسة أو المنزل أكثر من مرة.

١٩ - يمكنه أن يخطف الأشياء أو ينتزع حقيبة نقود، ويمكن أن يتبع الأفراد ويطلب منهم الأشياء أو المال.

٢٠ - قد يمارس العمل الجنسي مع الأطفال، أو مع الكبار.

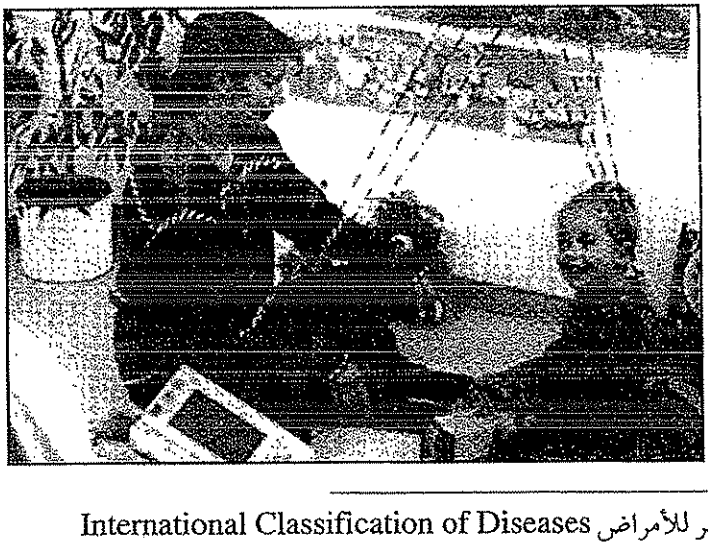
٢١ - قد يضرب الآخرين أو يهددهم أو يرهبهم مع تعذيب، أو إزعاج أو مضايقة.

٢٢ - يحطم الحاجات المنزلية والأبواب أو السيارة أو الألعاب،.. وغير ذلك.

٢٣ - يهمل نظافته ومظهره الخارجي.

هذا بالإضافة إلى الرعونة والطيش والتهور والاندفاع، مع وجود استهداف لذلك، ويكون ذلك بسبب عدم القدرة على الانتباه والتفكير أكثر من كون ذلك عن قصد، وهؤلاء الأطفال ليست لديهم قدرة للسيطرة على ذواتهم ويتصرفون دون تحفظ أو حذر، أو أخذ الاحتياط - كما هو الحال لدى الكبار.

إن جميع الأعراض والصفات السابقة مهدت لوضع التصنيف الدولي العاشر للاضطرابات السلوكية والعقلية (ICD-10)(*) الصادر عن منظمة الصحة العالمية (انظر الملحق رقم ٣) والمتعلق بأطفال فرط النشاط الحركي.



اختبارات الاستجابة
خلال جلسات التأهيل

(*) التصنيف الدولي العاشر للأمراض International Classification of Diseases

تصوير مصطفى

المعايير الدولية المعتمدة من منظمة الصحة العالمية في تشخيص حالات فرط الحركة لدى الأطفال، حسب ما جاء في كتيب التصنيف الدولي للاضطرابات العقلية والسلوكية (DSM-IV)

Diagnostic and Statistical Manual

كتيّب التشخيص والإحصاء الرابع

(الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي APA)

ذكرنا سابقاً أنه أُخذَ على التسمية الأمريكية لهذا الاضطراب (اضطراب نقص الانتباه) (Attention deficit disorder)، وجود عدة اضطرابات (كنا قد أشرنا إليها) تصحبها أعراض نقص الانتباه دون أن يكون الطفل يعاني من اضطراب فرط الحركة، مثل حالات القلق الشديد (Acute anxiety)، وحالات الغضب والانفعال الشديدين، وحالات العدوان (Aggressive child)، والحالات التي يعاني فيها الطفل من صعوبات في مجال التعلم (Learning disabilities) وغير ذلك من حالات، لذلك تُستثنى في التشخيص مثل هذه الحالات ويتم الاعتماد على معايير محددة هي حصيلة العديد من الدراسات لحالات فرط الحركة، وحصيلة خبرات وملاحظات لأطباء وإختصاصيين امتدت لسنوات طويلة، وتعتبر هذه المعايير بمثابة موجّه للطبيب النفسي أو للإختصاصي نحو التشخيص الصحيح، وفي هذا ضمان لحالة الطفل منعاً للالتباس أو الخلط في عملية التشخيص، وفي الوقت نفسه تفيد هذه المعايير في اقتصاد الوقت والجهد للاختصاصي. مع الأخذ بعين الاعتبار أن هذه الأعراض التي تؤكد عليها هذه المعايير يجب أن تكون قد استمرت لدى الطفل على الأقل لمدة ستة أشهر، وفي الوقت نفسه ظهر بالملاحظة ورأي الأسرة والمعلمين وغيرهم أن هذه الأعراض غير مناسبة لعمر الطفل ومرحلة نموه، وغير تكيّفية، وأصبحت من الشدة بحيث يمكن أن تترتب عليها مضاعفات متعددة تكون أشد خطورة على الطفل وأسرته من الحالة نفسها. وهذه المعايير التشخيصية هي كالتالي:

تصوير

أولاً ـ أعراض نقص الانتباه (Inattention symptoms) وهي:

١ ـ الفشل في تحقيق الانتباه التام للتفاصيل مما يؤدي إلى أخطاء غير مقصودة داخل الأسرة أو في المدرسة أو في العمل، أو في الأنشطة والمجالات الأخرى.

٢ ـ صعوبة الاستمرار في عملية الانتباه أثناء أداء بعض المهام، أو أثناء أنشطة اللعب أو اللهو.

٣ ـ يظهر على الطفل كما لو أنه لا يصغي أو لا يستمع عند الحديث إليه مباشرة.

٤ ـ غالباً ما نجده لا يتبع التعليمات الموجهة إليه، ويفشل في إنهاء الأعمال المدرسية أو الأعمال الأخرى.

٥ ـ من الصعب تنظيم أو ترتيب عناصر المهام أو الأنشطة التي توكل إليه.

٦ ـ يتجنب أو يكره المساهمة بأعمال تتطلب جهداً عقلياً مثل الأعمال المنزلية أو المدرسية.

٧ ـ غالباً ما ينسى الأشياء الضرورية لإنهاء المهام الموكلة إليه مثل أدوات الدراسة وغيرها.

٨ ـ سرعان ما يتشتت انتباهه بسرعة بفعل المثيرات ويتعرض إلى حالة حيرة وذهول.

٩ ـ غالباً ما ينسى برنامجه اليومي أو أنشطته اليومية.

ويجب أن يتحقق على الأقل ستة أو أكثر من هذه المعايير السابقة

ثانياً ـ أعراض فرط الحركة (Hyperactivity Symptoms) وهي:

١ ـ غالباً ما يجري الطفل بسرعة، أو يتسلق الأشياء، أو يقوم بحركات مفاجئة . . . في مواقف غير مناسبة لا تتطلب مثل هذا السلوك، وينم ذلك عن مشاعر عدم الراحة أو الاستقرار لدى البالغين.

٢ ـ غالباً ما يترك مقعد الدراسة داخل الصف أو في أي مكان آخر حيث يتوقع منه الجلوس.

٣ ـ غالباً ما يتحرك بملل أو أنه يتلوّى على الكرسي الذي يجلس عليه.

تصوير

٤ ـ غالباً ما يجد صعوبة في عملية اللعب أو الانشغال بأنشطة وقت الفراغ .
٥ ـ غالباً ما يتجه بانشغالات نحو ذاته أو أنه يتصرف كما لو أنه مقاد بمحرك (كما أشرنا في السابق) .
٦ ـ يتكلم بشكل زائد عن الحد .
٧ ـ يجيب عن الأسئلة قبل إتمامها ، ويمكن أن يفشي سراً ما .
٨ ـ يجد صعوبة في عملية الانتظار وليست لديه قدرة على الصبر أو التحمل .
٩ ـ يقاطع الآخرين كثيراً ، ويقحم نفسه في مواقف دون مبرر .

وهذه المعايير الثلاثة الأخيرة تشير إلى سمة الاندفاعية لدى الطفل ، ويجب أن تستمر هذه الأعراض أيضاً على الأقل لمدة ستة أشهر لدى الطفل وتكون واضحة للآخرين (انظر الملحق) .

ويجب أن يتحقق على الأقل ستة من هذه الأعراض أو أكثر

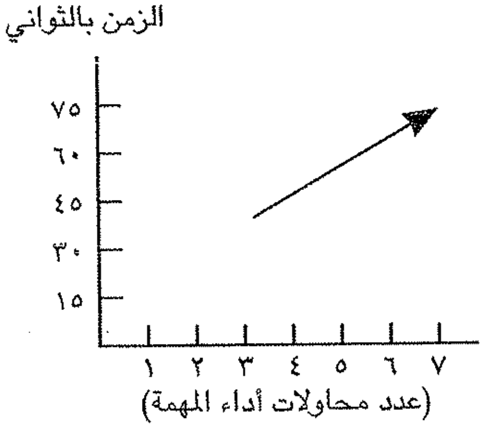
إن بعض أعراض سلوك فرط الحركة قد تظهر قبل عمر سبع سنوات ، وقد تؤدي هذه الأعراض إلى اضطراب في الوظائف الأسرية والاجتماعية والمدرسية ، ويمكن أن يؤثر ذلك على مستقبل الطفل ، وعادة ما تجتمع أعراض فرط الحركة ونقص الانتباه معاً ، وفي هذه الحالة يطلق على حالة الطفل (اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه) ، أما إذا كانت الأعراض البارزة أو المسيطرة على حالة الطفل هي أعراض نقص الانتباه ، فإن حالة الطفل يطلق عليها اسم (اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة مع سيطرة أعراض نقص الانتباه ، وتكون أعراض فرط الحركة في هذه الحالة أقل في عددها وفي شدتها أو وضوحها خلال الأشهر الستة السابقة على الأقل ، أما في حالة سيطرة فرط الحركة على أعراض نقص الانتباه ووضوح السلوك الاندفاع ، فإن هذه الحالة تسمى أعراض نقص الانتباه وفرط الحركة من النمط الاندفاعي . وهذا عندما تسيطر على الطفل أعراض فرط الحركة بينما لم تكن أعراض نقص الانتباه واضحة أو شديدة خلال الأشهر الستة السابقة على الأقل . ونذكر مرة أخرى أنه من الضروري (في إطار التشخيص التفريقي) تمييز هذه الحالات عن حالات اضطراب السلوك لدى الطفل مثل

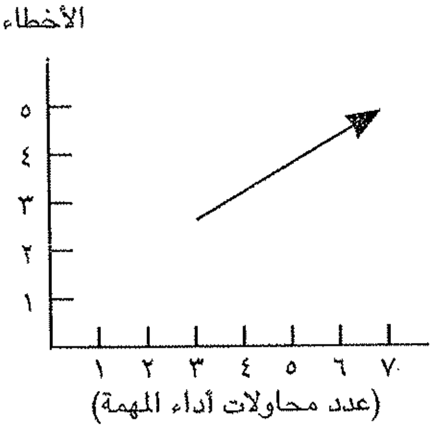
تصوير

الميول العدوانية تجاه الآخرين أو تجاه الحيوانات وإتلاف الأشياء الخاصة وتحطيم الأثاث، والغياب عن المدرسة، والكذب والسرقة والشرود، وما شابه ذلك.

بالإضافة إلى المعايير السابقة يهتم بعض الباحثين في إطار الأطفال الذين يعانون من فرط الحركة بإضافة بعض التفاصيل أو الملاحظات المصاحبة لحالة الطفل وحركته وسلوكه، ومعظم هذه التفاصيل متكررة في أكثر من مرجع، إلا أنها تؤكد على أهمية هذه التفاصيل وملاحظتها من أجل تحقيق تشخيص دقيق وموضوعي لحالة الطفل. من هذه التفاصيل الإضافية المفيدة ما يلي:

١ - قصر مدى الانتباه لدى الطفل (Short attention span)، ومدة الانتباه. ويمكن قياس ذلك بقدرة الطفل على أداء مهمة ما تعتمد على التوافق الحركي والبصري معاً (توافق بصري حركي) كما يجري في مختبرات علم النفس، وحساب الزمن المستغرق في الأداء بالثواني، وكذلك حساب الأخطاء عن طريق عدّها حسابياً، فإننا نلاحظ أن الطفل مفرط الحركة سرعان ما يتعرض إلى التعب أو الملل والشرود عن المهمة، أو العمل المكلف به مما يزيد من الزمن المستغرق في أداء العمل، وكذلك يزيد من عدد الأخطاء مع هبوط في مستوى الأداء، بالإضافة إلى مشاعر الضيق والملل، وذلك بالمقارنة مع طفل عادي من العمر نفسه يقوم بأداء المهمة ذاتها، ويمكن تمثيل ذلك بيانياً.





تصوير

٢ ـ التعرض بسرعة إلى الشرود عن المهمة والنسيان، وبالتالي تكون عملية الانطفاء والكف لديه سريعة، حيث أن الخبرات المتعلمة لا تدوم طويلاً في ذاكرته أو في ذهنه. كما أن المعلومات لا تدوم كثيراً في ذاكرته.

٣ ـ إن الدافعية لدى طفل فرط الحركة تكون ضعيفة، والدافعية ضرورية حتى يظل الطفل موجهاً نحو أداء مهمته أو عمله، كما أنها ضرورية لجعل عملية التعلم والتدريب ممكنة.

٤ ـ ضعف القدرة على نقل أثر التعلم أو التدريب من موقف إلى آخر، ونقل أثر التعلم يكون ممكناً عندما يستطيع الطفل أن يعمم خبراته، إلا أن سمة التعميم لدى طفل فرط الحركة تكون أيضاً ضعيفة. لذلك غالباً ما نجده يفشل في عملية التعلم مع عدم القدرة على إدراك العلاقات أو التفاصيل، فيكون عرضة للتخلف الدراسي وصعوبات في مجال التعلم.

٥ ـ قد يكون اضطراب فرط الحركة مصحوباً بدرجة من درجات التأخر العقلي، حيث نجد عدم نضج الوظيفة العقلية لدى الطفل، كما أنه يكره الأعمال التي تتطلب جهداً عقلياً، ويمكن الكشف عن ذلك من خلال اختبارات الذكاء ومعرفة نسبة الذكاء (IQ). ولا يعني ذلك بأن طفل فرط الحركة هو طفل متخلف عقلياً لدرجة الإعاقة ـ وكنا قد أشرنا إلى ذلك سابقاً.

٦ ـ بعض الأطفال تنتابهم حركة زائدة بسبب بعض العقاقير التي يتناولونها مثل عقار الباربتيورات (Barbiturates)، أو عقار البنزوديازيبااين (Benzodiazepanes)، وغيرها من عقاقير، لذلك على الاختصاصي الأخذ بعين الاعتبار مثل هذه الحالات.

٧ ـ الطفل مفرط الحركة لا يهتم بالمعايير الاجتماعية، مع قلة الحذر أو التحفظ أو الاحترام تجاه الآخرين الكبار، إنه لا يستمع لنصائح الكبار، وقلّما يستجيب للعقوبة، ويلاحظ عليه تقلب المزاج.

وهذه المعايير والصفات المتعلقة بالطفل الذي يعاني من اضطراب فرط النشاط والحركة ونقص الانتباه والاندفاع بالسلوك يمكن التوصل إليها (كما أشرنا سابقاً) من والدي الطفل ومدرسته وذويه والملفات الطبية ومقابلة الطفل، كما يمكن استخدام

تصوير إلى هنا

بعض الاختبارات والمقاييس المعدة لهذا الغرض (والتي أشرنا إلى بعضها سابقاً في حديثنا عن التشخيص)، يلي ذلك عملية العلاج التي تشمل علاج الاضطرابات الأسرية والاجتماعية، وعلاج صعوبات التعلم، وعلاج حالة الطفل، ويمكن أن يساهم في عملية العلاج اختصاصيون في أمراض اللغة والكلام، واختصاصيون في الطب النفسي، وطب الأطفال، وفي علم النفس، وفي العلاج بالعمل، والعلاج الاجتماعي، بالإضافة إلى التمريض وذلك عندما يوضع الطفل داخل مؤسسات الرعاية التربوية الخاصة أو التأهيل.

الفصل السادس

علاج حالات فرط الحركة ونقص الانتباه والاندفاعية في السلوك لدى الأطفال:

١ - العلاج الطبي الدوائي (Pharmaco-therapy):

إن حالات فرط الحركة لا تعالج بشكل تام عن طريق الدواء، ولا يوجد دواء فعّال تماماً يفيد في علاج هذه الحالات، ذلك لأن حالات فرط الحركة ليست شيئاً واحداً، أو عرَضاً واحداً، وإنما هي - كما لاحظنا - مجموعة أعراض تختلف من طفل لآخر، وعند استخدام الدواء فإن هناك عَرَضاً خاصاً يطرأ عليه تحسّن، أو مجموعة أعراض متشابهة ومتضافرة مع بعض. إن أعراض فرط الحركة متعددة (فرط الحركة، ونقص الانتباه، والحركات النمطية الآلية، وسلوك إيذاء الذات، والعدوانية، والانسحاب الاجتماعي، والقلق المفرط، واضطرابات النوم... الخ)، وجميع هذه الأعراض مجتمعة يمكن أن تحدث لدى طفل يعاني من فرط الحركة ولا يوجد دواء يعالج جميع هذه الأعراض مجتمعة ومعظم الأدوية التي تستخدم في علاج حالات فرط الحركة تستخدم أيضاً لعلاج حالات أخرى، وفي مراكز الأبحاث الطبية، وفي الدراسات حول الطب النفسي للأطفال، وعلم النفس الصيدلاني للطفل، وفي العديد من الدراسات تم تجريب الأدوية لعلاج أعراض مثل هذه الحالات سنأتي على ذكرها فيما يلي:

متى يستخدم العلاج الدوائي؟

إن لمعظم الأدوية مضاعفات تشكل مخاطر على الطفل، وبعض أطباء الأطفال يصفون خطأً بعض الأدوية النفسية (Psychoactive medications) دون أن تكون لديهم خبرات عملية حول صعوبات النمو لدى الطفل، لذلك فإن على الطبيب معرفة مضاعفات العلاج الدوائي، وما هو الجديد في هذا المجال، ومتابعة المشاكل الصحية لدى الطفل، وكذلك المراقبة الدورية لتأثيرات الأدوية على عضوية الطفل مع إجراء رسم كهربائي للدماغ (EEG)، وتخطيط لعضلة القلب (ECG)، أو سحب عينة من دم الطفل بشكل دوري لمعرفة مستوى الدواء أو المادة الكيميائية في دمه،

ويفضل دائماً استخدام الأساليب النفسية السلوكية إلى جانب العلاج الدوائي بالإضافة إلى الأساليب التربوية التي تدوم لفترة أطول، ولأنه لا يوجد حتى الآن دليل علمي على أن أي دواء يؤدي إلى تحسن دائم في وظائف الدماغ أو بنيته أو في علاج حالات فرط الحركة أو النشاط، ومما لا شك فيه أن بعض الأدوية تجعل الطفل أكثر قابلية للتعلم، ويجب ملاحظة أن العديد من الآباء يعملون على نقل خبراتهم الحياتية من حيث تعاطي الأدوية والعقاقير إلى أولادهم، حيث يعطونهم بعض العقاقير التي اعتادوا أن يأخذوها كمهدئات، أو مضادات لحالات الكتئاب أو ما شابه ذلك مثل دواء بروزاك Proazc (Fluoxetine) أو عقار التوفرانيل (Tofranil) أو إميبرامين (Imipramine)، أو الريتالين (Ritalin)، وغير ذلك من أدوية، وهذا ما يسيء إلى الأطفال ويؤدي إلى ظهور أعراض جانبية خطيرة، لذلك على الآباء معرفة أن أدوية معينة يمكن أن تؤثر على الأطفال بشكل مختلف عن أدوية الكبار، ومعظم الأطفال يحتاجون إلى مساعدة من أجل تناول الدواء، أو الإشراف عليهم من أجل ذلك، لأن التوقف عن الدواء غالباً ما يؤدي إلى ظهور الأعراض ثانية، كما أن عدم الانتظام في تناول الدواء قد يؤدي إلى مضاعفات أيضاً.

وبشكل عام يفضل ألا يبدأ الطبيب باستخدام الدواء، إنما يبدأ بمحاولات يتم خلالها تقديم الإرشادات والتوجيهات اللازمة للطفل، واستخدام المعززات التي تشجع الطفل وتزيد من دافعيته نحو التخلّي عن السلوك المضطرب، ويمكن لطبيب الأطفال استشارة الاختصاصي النفسي الذي يهتم بتعديل سلوك الأطفال بالاعتماد على طرق علمية سلوكية تتضمن تعاون الأسرة والمدرسة (أو رياض الأطفال) من أجل دفع الطفل للتخلّي عن سلوكه السيء . . . استخدام الأساليب التربوية المفيدة في هذا المجال، بالإضافة لذلك على الطبيب أن يكون حذراً في إعطاء الدواء لأطفال دون عمر ثلاث السنوات، حيث أن نسبة ضئيلة جداً منهم هم الذين يعطى الدواء لهم، ويفضل معظم الأطباء تجريب الأدوية على الأطفال الكبار لأنهم أقل عرضة لأعراض جانبية من الأطفال الصغار، وعادة تعالج هذه الحالات لدى الأطفال بين عمر (٣ ـ ٥) سنوات بمضادات الاكتئاب (Antidepressant)، أو ببعض المنبهات (Stimulant)، كما قد تستخدم بعض المضادات الذهانية (Antipsychotics) وذلك في حالة وجود

بعض الأمراض الذهانية لدى الأطفال بين عمر (٥ ـ ١٠) سنوات، كما يمكن أن تعالج حالات الأطفال بواسطة المثبطات العصبية (Neuroleptics) وذلك لدى الأطفال في مرحلة البلوغ أو بعد ذلك، وبشكل عام لا توجد قاعدة مطلقة بهذا الخصوص، وعلى الطبيب تقييم الطفل ومعرفة حاجته للعلاج.

إجراء تجربة علاجية:

يمكن للاختصاص أو طبيب الأطفال أن يصمم تجربة علاجية لقياس مدى النجاح أو الفشل في علاجاته، وفي هذه الحالة على الطبيب تحديد ما هو العلاج المناسب لتغيير سلوك ما، وعادة توجد خمسة معايير رئيسة من أجل تقرير ما هو السلوك الواجب علاجه عن طريق العقاقير وهذه المعايير هي:

١ ـ على الطبيب معرفة هل هناك سلوك عدواني مصاحب لمشكلة الطفل تتكرر فيه عملية إيذاء النفس أو الآخرين؟ وهل هذا السلوك يتكرر عن عمد أو عن قصد لدى الطفل؟

٢ ـ هل جربت الطرائق السلوكية والنفسية والتربوية مع الطفل، وهل حققت شيئاً من النجاح؟ من المفضل استشارة الاختصاصي النفسي أولاً لتجريب الطرائق النفسية، ومن أجل معرفة مدى شدة الأعراض السلوكية التي يمكن علاجها دون الرجوع إلى الدواء.

٣ ـ على الطبيب معرفة فيما إذا كانت المشكلة السلوكية الحاضرة تتكرر في أكثر من موضع واحد؟ وفيما إذا كانت هذه المشكلة كرد فعل لموقف محدد، وإن هذا الموقف يمكن تغييره أو تعديله مما يؤدي إلى تغيير سلوك الطفل، مثل أن يكون سلوك الطفل حسناً في المنزل وسيئاً في المدرسة بسبب وجود نظم على الطفل الالتزام بها، في مثل هذه الحالات يمكن الاستعانة بالعلاج البيئي للمدرسة، وكذلك بالعلاج الدوائي كعلاج مساعد.

٤ ـ هل السلوك المطلوب علاجه يؤثر في قابلية الطفل للتعلم؟ مثلاً الطفل الذي يعاني من فرط الحركة لا يستطيع الانتباه جيداً أو التركيز على الموضوعات التي يتعلمها من المدرسة، لذلك يمكن أن يساعد الدواء في ذلك.

٥ ـ على الطبيب تقدير مقدار الفائدة التي يمكن أن يحصل عليها الطفل من جراء الدواء، ومقارنة ذلك بالأعراض الجانبية المترتبة على ذلك، سواء أكان العلاج لفترة قصيرة أم لفترة طويلة.

فإذا كانت الإجابة على هذه المعايير السابقة بنعم (معيار واحد أو أكثر) فإن عملية تجريب الدواء تعتبر مناسبة، وتتم الإجابة عن هذه الأسئلة بعد مناقشة حرّة وموضوعية بين الاختصاصي أو الطبيب وأسرة الطفل، ومن أجل دراسة تاريخ حالة الطفل يمكن الاستعانة بالمعلمين وبالأفراد الآخرين الذين يشرفون على الطفل، وبناء على هذه المعلومات يقرر الطبيب الطرق العلاجية المناسبة للطفل. والاختصاصي الجيد لا يبني أحكامه أو قراراته إلاّ بعد ملاحظة نشأة الطفل ونموه والقدرة على الانتباه لديه والقابلية لتنظيم نفسه، وقدرته على تفهم التعليمات أو أداء بعض المهام، وأمراض الطفل السابقة والحالية، . . . الخ. وبعد ذلك يتم وصف الدواء، ويُعلم بذلك الأسرة، والمعلمين، ومن يهتم بالطفل مثل المربيات وغيرهن، ويعطي الدواء بعد موافقة الوالدين على ذلك، ويكون ذلك بعد جمع البيانات عن الطفل وتحديد السلوك المستهدف للعلاج، بحيث يساعد الدواء على علاج هذا السلوك. والخطوة التالية للطبيب بمساعدة الاختصاصي النفسي (المعالج السلوكي) مثلاً تعتمد على البيانات الأساسية حول الطفل وهي العمل على تحديد الخط القاعدي (Baseline) لعدد مرات حدوث السلوك أو تكراره خلال اليوم الواحد، أو خلال الأسبوع، وفي أي موقف يتكرر هذا السلوك، مع تسجيل زمن حدوث هذا السلوك سواء أفي الأسرة، أم في المدرسة، وهذا قبل البدء بالعلاج الدوائي، ويمكن للأم أو للأب أو للمعلم أن يساعدوا في تحديد نسبة حدوث هذا السلوك، وهذا لا ينطبق فقط على حالات فرط الحركة لدى الأطفال أو اضطرابات النمو وغيرها، بل ينطبق حتى على الطفل الذي يعاني من السلوك الوسواسي القهري أو غير ذلك (Obsessive behavior)، ويمكن قياس سلوك فرط الحركة من خلال مقياس مكون من أربع أو خمس نقاط، مثل:

١ ـ يوم سيء جداً

٢ ـ يوم أقل من المعتدل

٣ ـ يوم معتدل

٤ - يوم جيّد
٥ - يوم رائع

ويتم وضع درجات لكل بُعْد من هذه الأبعاد مثل: (صفر، ١، ٢، ٣، ٤)، بحيث أنه كلما كان سلوك الطفل خلال اليوم سيئاً فإن الطفل ينال درجة ضعيفة، وكلما كان سلوكه جيداً أو ممتازاً نال درجة مرتفعة، وهذه الدرجة تفسَّر ويكون لها معنى من حيث معرفة شدة السلوك ونسبة تكراره. . . ويمكن أن تسجل هذه النتائج داخل سجلات تراكمية لمدة أسبوع أو أكثر، وذلك قبل البدء بالعلاج الدوائي، وهذه الدرجات تفيد في معرفة التغيرات التي تطرأ على الطفل بعد العلاج، ومن المفضل أن يقوم كل من الأبوين والمعلم بوضع الدرجات بشكل منفصل عن الآخر، وكما أشرنا، هذا يساعد على قياس التغيرات التي تطرأ على سلوك الطفل بعد وأثناء عملية العلاج الدوائي.

ويمكن للطبيب أن يستخدم بعض العقاقير الوهمية (Placebo) وذلك عندما يكون هناك إصرار على تناول الدواء، حيث أن الفرد أو الطفل يعتقد بأن ذلك سيساعده على التحسّن، وهذا مفيد في تكوين خبرة عن مدى فاعلية العقاقير الوهمية في العلاج وهي من العقاقير الفعالة دون أن يعلم المريض شيئاً عن تركيبها، ويمكن أن يحدث تغيير في السلوك المتوقع لأن الفرد يشعر بأنه تناول الدواء، كما أن الطبيب الذي يكون بصدد علاج الأطفال فإنه على الأقل لا يأسف حول ما يتعلق بمدى فاعلية الدواء الوهمي، أما بالنسبة للدواء الحقيقي فلابد أن يحدث تغييراً متوقعاً حتى ولو كان بسيطاً، خلافاً للدواء الوهمي بحيث نتخيّل تأثيراً ما هو في الحقيقة غير واقعي، أو غير مادي، بالإضافة إلى امكانية الاختصاصي (في حالة استخدام العقاقير الوهمية) التحكم زيادة أو نقصاناً بالجرعة العلاجية.

وبعض الأطباء يقومون باختبار الدواء المستخدم من خلال طريقة أو دراسة تبادلية متداخلة من نوع (Double-blind crossover study) وفي هذه الطريقة لا يعلم الطبيب والمريض شيئاً عما سيؤدي إليه العلاج بالدواء الوهمي، أو العلاج بواسطة الدواء الحقيقي، وبعد أن يكون المريض قد تناول الدواء لمدة كافية لإحداث التغييرات المتوقعة في سلوك الطفل. . وبعد ذلك يعطى المريض (أو الطفل) العلاج المضاد

الآخر، حيث يعطى الدواء الحقيقي، إذا كان قد أخذ الدواء الوهمي واستمر لمدّة من الوقت، أو العكس، ويتم تسجيل السلوك والوظائف العضوية وغير العضوية وذلك خلال محاولات العلاج، ويتم اختيار التغيرات التي حدثت في منتصف الدراستين، ومن الطبيعي أن تحليل البيانات يعطينا فكرة موضوعية عن أي من طريقتي العلاج كانت مناسبة وأكثر فائدة في الحياة الواقعية، وقد يكون ذلك صعباً، ولكنه يساعد في عملية العلاج، ويتم أخذ البيانات عادة من خلال آراء الأفراد الذين يشرفون على الطفل، أو يقومون على رعايته، والذين لا علم لهم بالدراسة السابقة أو بأن الطفل قد خضع لاختبار أو لدراسة تجريبية، وكذلك لا علم لهم بأن الطفل قد تناول الدواء فعلاً، ويمكن أن يكون هؤلاء هم الآباء (الذين لم يعطوا الدواء لطفلهم)، أو المعلمين، وحتى الأصدقاء والأقارب ممن لهم معرفة جيدة بالطفل ويرونه باستمرار، وعلى الطبيب أن يؤكد في عملية التحسّن أو العلاج على السلوك المستهدف الذي قام بتحديده مسبقاً، وإن يكن من الصعب في الواقع تحديد سلوك واحد مستهدف يتم التركيز على علاجه.

ومن الطرق الحديثة في اختبار الدواء الجديد، البدء بإعطاء الدواء (للطفل) في شهر مارس مثلاً، وفي نهاية شهر إبريل ويمكن القول لمعلم الطفل بأن الطفل يخضع إلى العلاج بدواء جديد، وعليك أن تخبرني عن أية تغيرات إيجابية أو سلبية تحدث لدى الطفل، مقارنة بما كان عليه في الأشهر السابقة: يناير، وشهر فبراير، ومن الضروري لمعلم الطفل معرفة تأثيرات الدواء، وما يتوقع من عملية العلاج، كما يمكن للمعلم وبمساعدة الدواء اختبار بعض الطرق التربوية والتعليمية الخاصة بالطفل، ومدى تسهيل عملية التعلم، وعلى الاختصاصي، أو الطبيب تنظيم وقت مناسب مع المعلم لمراجعة سجل السلوك العام للطفل، وعمله داخل الصف الدراسي والتغييرات التي تطرأ على أنشطة الطفل المدرسية، وقدرته على الانتباه والاتزان والتعلم، أو أي سلوك مستهدف آخر.

تأثير الدواء وتأثير عملية التربية والنضج:

من ناحية ثانية على الاختصاصي والطبيب الاعتراف بأن التحسّن الذي قد يطرأ على الطفل ليس بسبب الدواء فحسب، وإنما بسبب أساليب التربية الحديثة، وعملية

النضج العضوي لدى الطفل أيضاً. صحيح أن بعض العقاقير تسهّل عملية التعلم وتسرّعها لدى الطفل، ولكن هذه العقاقير لا تعمل على تنمية بعض المهارات مثل القدرة على التواصل اللغوي، وفهم اللغة أو النطق، أو القدرة على القراءة، أو على تنمية الصداقات، ولكن يمكن للعلاج الدوائي أن يسهّل وبشكل غير مباشر القدرة على التعلم، لذلك يفضل استخدام الدواء في المجالات السلوكية الحياتية التي يصعب تغييرها بسهولة، ومن الأخطاء الشائعة في علاج الأطفال البدء بالعلاج الدوائي عند ترك الطفل للمدرسة، أو أثناء العطلة الصيفية، أو عندما يتغير (روتين) أو نمط حياة الطفل كلياً، أو أن الطفل يتوقف عن الدواء بسبب المعسكر اليومي، أو بسبب الأنشطة الصيفية، أو بسبب المبيت خارج المنزل، وهذا ما يزيد من متاعب الطفل، وقد يطلب بعض الأهل الاستراحة الدوائية لطفلهم لاعتقادهم بأن هذه الأدوية تعوق أو تعطل هرمونات النمو، ولكن بعض الدراسات ترى أن هرمونات النمو تعود لفعاليتها ليلاً عند نوم الطفل، وهذا رأي غير قاطع، ولكن على الطبيب ألا يخاف من عرقلة نمو الطفل.

أهم الأدوية والعقاقير المستخدمة في علاج حالات الأطفال الذين يعانون من فرط الحركة أو النشاط:

إن قائمة العقاقير المستخدمة في علاج حالات فرط الحركة ونقص الانتباه والاندفاع بالسلوك لدى الأطفال واسعة جداً، ولكنها محددة النوعية، وهناك تصنيف أساسي لهذه الأدوية، بحيث تعطى في حالات محددة ومناسبة، ولا توصف في حالات أخرى، ومعظم هذه الأدوية تعتمد على عمر الطفل وعلى المخاطر المترتبة عن الأعراض الجانبية للدواء، وكذا ـ تعتمد على التاريخ الصحي السابق للطفل والعلاجات السابقة، مع الأخذ بعين الاعتبار أن الأعراض الجانبية تختلف من عقار لآخر، ومن الضروري معرفة أنه عند اختيار الطبيب لدواء ما مناسب لحالة الطفل فإنه بذلك يقلل من مستوى المخاطر لحد ما، وتؤكد الدراسات أن بعض الأطفال يموتون من جراء الأذى الذي يصيبهم وبسبب الأعراض الجانبية وتفاعلات الأدوية مع بعض وخطأ الأطباء، وليس بسبب الدواء في حد ذاته. إن معظم الأعراض الجانبية للدواء يمكن أن تتغير أو تتعدل كلياً عند توقف الدواء مباشرة، ويفضل دائماً استخدام العقاقير المفيدة في علاج فرط الحركة لدى الأطفال الكبار وليس الصغار، وعلى الطبيب الاختصاصي أن يعلم عن الدواء كل شيء هام، وما هو معلوم وغير معلوم عن الدواء وتركيبته وأعراضه الجانبية واستخداماته وغير ذلك. بعض الأطباء والآباء يتسرعون ويصرخون عندما يتم إعطاء الطفل دواء ما بأن هناك انتظاراً طويلاً لتحقيق الشفاء، والواقع أن مرحلة الشفاء لا تكون بعيدة كثيراً ولا تدوم طويلاً إذا كان التشخيص والعلاج صحيحين، وهناك عدة تقارير ونتائج دراسات حول فعالية العقار أو سلامته، علماً بأن فعالية العقار تعتمد على بعض حالات الذين أجريت عليهم الدراسة، ويستفيد البعض من حالات الأطفال الذين يواظبون على الدوام في المدرسة، أو من حالات الأطفال الذين يقيمون داخل مؤسسة خاصة، أو لدى الأطفال المقبولين في المشافي، حيث يمكن أن تجرى عليهم الدراسة بشكل جيد، ويستفاد من نتائج مثل هذه الدراسات في تطوير العلاجات اللازمة وتعديلها، ففي بداية عام (١٩٨٠) على سبيل

المثال وجد أن عقار (Pondimin) (الاسم الكيميائي Fenfluramine) هو العقار الفعّال والمنتشر في العديد من مراكز التجريب، وداخل عيادات الأطفال، ومن أجل علاج اضطرابات النمو لدى الأطفال، ولكن بعد ذلك تبيّن أن هذا العقار لا يساهم في تقديم مساعدة طبيّة كبيرة للأطفال، كما أنه لم يعط فوائد أو نتائج حقيقية مميزة كما كان يعتقد، لذلك تم الاعتماد على أدوية أكثر تطوراً وحداثة وفعالية في علاج حالات الأطفال.

تصنيف الأدوية المستخدمة في علاج حالات فرط الحركة لدى الأطفال

هناك عدة تصنيفات أساسية وفرعية لعقاقير علاج حالات فرط الحركة، أو حالات اضطرابات النمو السائدة (Pervasive develomental disorder) (PDD)، وعادة ما يبدأ الطبيب باستخدام دواء واحد من مجموعة دوائية معينة، ثم بعد فترة يمكنه استخدام دواء آخر وذلك من أجل تحقيق مكاسب أخرى إضافية أو لعلاج أعراض سلوكية أخرى، أو من أجل مواجهة بعض الأعراض الجانبية التي يمكن أن تطرأ على الطفل، ويجب الانتباه إلى أنه في حالة استخدام مجموعة مركبات من الأدوية فإن عملية تمثّل الدواء في الجسم، أو عملية الأيض تصبح أكثر تعقيداً، وفي هذه الحالة من الضروري استشارة الاختصاصي بالأدوية النفسية، مثل الطبيب النفسي للأطفال، أو طبيب أعصاب الأطفال.. أما بالنسبة لأدوية علاج حالات فرط الحركة، أو علاج حالات اضطرابات النمو السائدة، بما فيها حالات نقص الانتباه، وحالات العدوان، وعدم القدرة على التحكم بالانفجارات السلوكية المفاجئة، وحالات التهيّج السلوكي، وما يصاحب ذلك من أعراض توتر وقلق وعنف... فإنه لا توجد أدوية خاصة لعلاج هذه الحالات، واختيار الدواء الصحيح يحتاج إلى خبرة، ويعتمد على الصعوبات التي يعاني منها الطفل، والأدوية المختلفة تعمل بطرق مختلفة، وهذا ما سنشير إليه فيما يلي، مع ضرورة اهتمام الآباء والمعلمين وغيرهم بالاستفسار من الطبيب المشرف على علاج الطفل عن بعض النقاط أو بعض المعلومات المتعلقة بالعلاج وبالدواء، حيث أن التعاون بين أسرة الطفل ومدرسته والطبيب الاختصاصي مهم لتحقيق علاج فعّال وناجح.

أهم الأدوية

١ ـ مضادات الاكتئاب (Antidepressant Medication) :

وهي أدوية ثلاثية الحلقات (Tricyclis) من حيث التركيب الكيميائي، تعمل على رفع المزاج وإزالة الأعراض الاكتئابية، يضاف إلى ذلك أدوية مثبطات خميرة أحادي أمين الأكسيداز (MAOI)، وهي تخفف من التنبيه الأدرينالي، وتكون مضادة للهستامين، ومضادة للكولين، كما تعمل هذه الأدوية على محاصرة وإعادة اختزان النورأدرينالين، والسيروتونين أو (5HT)، وعلى خفض الإفراط الحركي وتحسين عملية الانتباه، وعلى خفض الاضطرابات السلوكية الفظّة، وكذلك خفض أعراض القلق، كما يمكن لمضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقات أن تعدّل من اضطرابات النوم، ويوجد عادة بعض الأعراض الجانبية البسيطة المصاحبة لهذا النوع من الأدوية، وينصح قبل علاج الطفل بمضادات الاكتئاب أن يعرف الطبيب تخطيط القلب، وكذلك وظائف الكبد والكلية، بالإضافة إلى مراقبة مستوى الدواء في الدم بشكل دوري وتحديد الاستقصاءات الأساسية، من هذه الأدوية؛ التوفرانيل (Torfanil) الاسم الكيميائي (Impiramine)، وهذا الدواء أكثر شيوعاً واستخداماً كمضاد للاكتئاب لدى الأطفال الذين يعانون من فرط الحركة (ومن بعض الاضطرابات السلوكية والنفسية الأخرى)، وتتراوح الجرعة العلاجية لهذا الدواء بين (٣٠ ـ ٣٠٠) ملغ يومياً، ويعطى هذا الدواء لمدة أسبوعين مع متابعة النتائج، ويمكن بعدها زيادة مستوى الدواء في الدم حيث يتم إعطاء الجرعة القصوى للطفل، وتشير الدراسات إلى أن هذا الدواء يسبب في الجرعات الكبيرة تغيرات في رسم الدماغ الكهربائي لذلك لا يعطى لطفل مصاب بتنشجات، كما لا يعطى لطفل يتناول دواء مثبط خميرة أحادي أمين الأكسيداز (Oxidase inhibitor monoamine).

من تأثيرات هذا الدواء الجانبية النعاس، بالإضافة إلى جفاف الفم، والإمساك، وأحياناً نقصان في كريات الدم من نوع (Neurroophile) مما قد يؤثر على وظائف الكبد، ولابد من فحص دم الطفل وكبده كل (٤ ـ ٦) أشهر، وإذا تبين وجود آثار جانبية يوقف الدواء تحت إشراف طبي.

وهناك دواء النورابرامين (Norpramine) الاسم الكيميائي (Pertofrane) وهو مشابه في مفعوله لدواء التوفرانيل يعطى بجرعات (٥٠ ـ ١٥٠) ملغ يومياً، ويعمل هذا الدواء على التقليل من شرود الذهن والنشاط الحركي، ولكنه لا يساعد على تقليل حالة الاندفاعية لدى الطفل، لذلك يقترح استخدام دواء آخر مع هذا الدواء، يضاف إلى ذلك أن للتوفرانيل بعض الفوائد الايجابية مثل جعل الطفل أكثر قدرة على التحكم في عملية التبول اللاإرادي بحيث يجعل هذا الدواء (التوفرانيل) الطفل لا يبلل نفسه لفترة أطول وخاصة أثناء النهار، كما يفيد في حالات الأطفال الذين تدربوا على قضاء حاجتهم لفترة من الزمن ثم انتكست حالتهم لسبب ما. أما العقاقير الأخرى من مضادات الاكتئاب فهي تساعد الأطفال الذين يعانون من اضطراب فرط الحركة واضطرابات النمو وحالات التوحد، كما تعمل على خفض عملية تكرار السلوك الاندفاعي القهري والمزعج للطفل وللآخرين، وكذلك خفض شدة السلوك الوسواسي القهري، وحالة القلق والخوف والغيرة، . . .

من هذه العقاقير أيضاً عقار البروزاك Prozac (الاسم الكيميائي Fluoxetine)، وعقار الأنافرانيل Anafranil (الاسم الكيميائي Clomipramine)، وعقار البروزاك يستخدم بكثرة في علاج حالات الاكتئاب للكبار والبالغين، وله مضاعفات سيئة إذا استخدم بشكل أكبر من الجرعات التي يصفها الطبيب، أو إذا أخذ مع دواء آخر، ولكنه دواء فعال في علاج الاكتئاب، وحالات الوسواس القهري (Obssessive - Compulsive disorder) (OCD)، والنمط الثالث من مضادات الاكتئاب التي تستخدم في علاج حالات فرط النشاط والحركة لدى الأطفال، (وكذلك في علاج اضطرابات النوم لدى الكبار والصغار) وحالات الأرق عقار الدزيريل (Desyrel) (الاسم الكيميائي Trazo-done) والذي يعطي للطفل قبل النوم، كما يمكن أن تعطى مضادات الاكتئاب الثلاثية قبل نوم الطفل لحثّه على النوم، والجدول التالي رقم (٢) يوضح توزيع العقاقير المضادة للاكتئاب، وخواصها الطبية وفوائدها وأعراضها الجانبية.

جدول رقم (٢) مضادات الاكتئاب وخواصها البيوكيميائية

Medication التداوي **(Trade Name/ Generic)** (الاسم التجاري / الكيميائي)	**Most Likely Benefits** الفوائد المحتملة	**Possible Benefits** الفوائد الممكنة	**Side Effects/ Problems** مشكلات الأعراض الجانبية
Tofranil (imipramine)	Increased attention, less hyperactivity	Decreased anxiety, inhibits enuresis	Very rare cardinc complications
Norpramin, Pertofrane (desipramine)	Increased attention, less hyperactivity	Decreased anxiety	Very rare cardiac complications
Prozac (fluoxetine)	Decreased compulsive, repetitive behaviors	Decreased anxiety, depression	Very rare cardiac complications
Anafranil (clomipramine)	Decreased compulsive, repetitive behaviors	Decreased anxiety, panic, depression	May lower seizure threshold
Desyrel (trazodone)	Helps child sleep through night	Increased daytime calmness	Occasional nausea

٢ ـ الأدوية المنبّهة أو المنشّطة (Stimulant Medication):

وهي أدوية تزيد من النشاط النفسي ـ الحركي (Psycho-stimulants) ومنبّهة مركزياً ولها تأثير مضاد أو على النقيض (Paradoxical) من تأثير مضادات الاكتئاب، وهي تعمل على خفض فرط الحركة لدى الأطفال. ولقد تمّت دراسة أثر هذه العقاقير في علاج حالات فرط النشاط والحركة وتأثيراتها الجانبية مثل خفض الشهية للطعام، والأرق، وإحداث التعوّد، وغير ذلك، ونلاحظ في الجدول التالي رقم (٣) أهم هذه العقاقير المنشّطة وفوائدها وأعراضها الجانبية. ويأتي في مقدمة هذه العقاقير عقار الريتالين Ritalin (الاسم الكيميائي Methylphenidate)، ويعتبر من أفضل العقاقير المستخدمة في علاج حالات فرط الحركة ونقص الانتباه (ADHD)، والريتالين توجد منه حبوب ذات عيار (٥ ـ ١٠ ـ ٢٠) ملغ، وكمية الدواء تعتمد على وزن الجسم، والجرعة اليومية في حدود (١٥ ـ ٣٠) ملغ يومياً تعطى على دفعات، والجرعة اليومية القصوى المسموح بها مع المراقبة الطبية حسب الإدارة الاتحادية الأمريكية للأدوية هي (٦٠) ملغ يومياً. والريتالين سريع الأيض، وذو فاعلية طويلة المدى وبعد (٤) ساعات من تناول الدواء يتم فرز ما يقارب (١٠) ملغ، وفي بداية

العلاج يتم فرز حوالي (١٠) ملغ، وبالنسبة للأطفال دون عمر الخامسة يفضل أن تكون الجرعة الأولى في حدود (٢,٥) ملغ أو (٣ـ٥) ملغ، ثلاث مرات يومياً، ويمكن زيادة الجرعة الصباحية وسؤال المعلمين عن ملاحظاتهم حول سلوك الطفل. وهناك أيضاً عقار الدكسدرين (Dexidrene) (الاسم الكيميائي Dextroamphetamine)، وله نفس فعالية عقار الريتالين، كما أن لعقاري الريتالين والدكسدرين نفس الفائدة والفاعلية في علاج حالات التوحد لدى الأطفال أيضاً، إلا أن هذه العقاقير قد تؤدي (في حالة علاج التوحد) إلى بعض الأعراض الجانبية مثل الخلجات العصبية، والحركات النمطية. . . وهذه الأعراض تتوقف بمجرد توقف الطفل عن الدواء. وإذا لاحظ الاختصاصي على الطفل مثل هذه الأعراض الجانبية عليه أن لا يعطي الجرعة الثانية له، والدكسدرين من عيار (٥ـ١٠ـ١٥) ملغ، وقد حددت (Food and Drug Administration (FDA)) (الإدارة الأمريكية للأغذية والدواء بأن الحد الأدنى للأطفال الذين يعطى لهم دواء الدكسدرين هو ثلاث سنوات، والحد الأعلى في الجرعة هو (٤٠) ملغ يومياً، ومعظم الأطفال يستجيبون بشكل ممتاز لعقار الريتالين، بحيث نجد أن حركة الطفل تصبح بطيئة وقليلة، ويعمل على جذب الانتباه إليه بشكل أفضل، وعادة تكون مدة الاستجابة سريعة للريتالين، ومدة العلاج قصيرة، وكما أشرنا، يبدأ تأثير الريتالين بعد (٢٠ـ٣٠) دقيقة من تناوله، وتستمر الجرعة لمدة (٤ـ٥) ساعات، وبعض الآباء يسألون عن تأثير عقار الريتالين على أطفالهم الذين يعالجون خلال أيام الدراسة، ويتم تناول العقار صباحاً بعد تناول طعام الإفطار، وظهراً بعد تناول طعام الغداء، وتشير الدراسات إلى أن الريتالين يساعد الطفل خلال ساعات الدراسة داخل الصف الدراسي على مواصلة الانتباه والهدوء بشكل أفضل، ومن المعروف أن الأعراض الجانبية للريتالين هي فقدان الشهية للطعام لذلك يفضل أخذ الدواء بعد تناول الطعام، كما أن الجرعات العالية والعلاجات الطويلة قد تؤدي إلى بطء في عملية النمو، وإلى الأرق، وتبلّد المزاج، صداع، فرط الحساسية، آلام في المعدة. لذلك فإن أطفال علاج الريتالين يحتاجون إلى ما يسمى بـ «العطلة الدوائية»، ويفضل عمل سجل لطول ووزن الطفل بشكل منتظم لمراقبة تأثير الدواء على عمليات النمو.

ومن الأدوية المنشّطة أيضاً عقار Cylert (الاسم الكيميائي Pemoline) وهو من العقاقير التي لها تأثير أطول من تأثير عقار الريتالين، لذلك يفضله الأطباء والآباء، ويعطى

على شكل حبوب لها عدة عيارات تصل إلى (٧٥) ملغ (ومنها ما يمضغ بالفم)، ويعطى الدواء عادة على جرعتين صباحية ومسائية وفي حدود (٣٧,٥) ملغ يومياً، ويمكن زيادة الجرعة تدريجياً لتصل إلى أعلى جرعة في حدود (١١٢,٥) ملغ، وقد لوحظ أنه في معظم جرعات هذا العقار تتم عملية الأيض في مرحلة مبكرة من النهار، مما يجعل الطفل دون دواء في فترة بعد الظهر، وبالنسبة لبعض الأطفال يفضل إعطاء دواء الريتالين في مرحلة متأخرة من اليوم، وبحيث يتم التبادل بين عقار الريتالين وعقار البيمولين، وبالنسبة للأطفال بعد عمر البلوغ فإن دواء البيمولين يكون أكثر فعالية على المدى الطويل، وكذلك فإن عقار الريتالين والدكسدرين معاً لهما تأثير طويل الأمد ولكن فعاليتهما تكون نسبياً ضعيفة أو قليلة.

جدول رقم (٣) الأدوية المنبّهة أو المنشّطة:

Medication التداوي **(Trade Name/ Generic)** (الاسم التجاري / الكيميائي)	**Most Likely Benefits** الفوائد المحتملة	**Possible Benefits** الفوائد الممكنة	**Side Effects/ Problems** مشكلات الأعراض الجانبية
Ritalin (methylphenidate)	Less hyperacivity, increased attention	Well studied in children	May lower seizure threshold' decreased appetite
Dexidrene (dextroamphetamine)	--	Less hyperactivity	Not as frequently used with children
Cylert (pemoline)	Best in postpubertal teens: longer acting	Less hyperactivity increased attention	Modest or uneven results in prepubertal children

ملاحظة:

تكون جرعة الريتالين عادة في حدود (٠,٣) ملغ لكل كلغ واحد من وزن الطفل يومياً، ويعطى جرعة مقدارها (٥) ملغ صباحاً، وكذلك (٥) ملغ ظهراً فقط، أما عقار البيمولين فيعطى في حدود (٣٧) ملغ مرتين يومياً وعقار الريتالين يؤدي إلى زيادة إفراز الناقل العصبي الدوبامين مما يحسّن من سلوك الطفل. أما إذا كان الطفل يعاني من أعراض ذهانية وأعطي عقار الريتالين فإن ذلك يؤدي إلى تدهور حالة الطفل، ويمكن أن تتحول الحالة إلى أعراض فصامية، وهذا ما يفيد في التشخيص الفارقي بين حالات فرط الحركة وحالات الذهان لدى الأطفال.

٣ ـ الأدوية المثبطة للأعصاب (المعقّلات) (Antipsychotic) أو مضادات الذهان :

وهي أدوية توصف كمضادات لحالات الذهان، ويمكن أن يستفاد منها في علاج حالات فرط الحركة وما يصاحب هذه الحالات من أعراض عقلية (كما تفيد في علاج حالات التوحد لدى الأطفال)، وعادة تستخدم هذه العقاقير في حالة فشل العقاقير الأخرى في تحقيق أي تحسّن في سلوك الطفل، أو في حالة تحقيق نتائج غير مرضية، أو عندما يكون الطفل في حالة هياج شديد (Agitated)، أو عندما يكون سلوك الطفل عدوانياً، أو خطراً، أو في حالة إيذاء الذات، إلا أن لهذه العقاقير أعراض جانبية، ومع ذلك فإن الجرعات البسيطة لدى الأطفال الكبار فعالة ومفيدة، وخاصة في حالات السلوك السلبي الانفجاري والذي لا يكون له سبب واضح في البيئة المحيطة بالطفل، ففي مثل هذه الحالات تفيد مثبطات الجهاز العصبي. إن العَرَض الجانبي الرئيس الذي تؤدي إليه العقاقير المضادة للذهان هي حدوث حركات لا إرادية غير عادية في الجسم، وأحد أنماط هذه الحركات تسمى بعسر الحركة (Dyskinesias)، أي ضعف أو خلل الحركة الاختيارية لدى الفرد. وهي تتضمن صفات حركية للأصابع والفم واللسان، وهذه الأعراض الحركية تظهر لدى الطفل بعد حوالي ثلاثة أشهر من العلاج، ويمكن أن تأخذ الشكل الذي يسمى بالحركة الرقصية، وتتصف هذه الحركة بحركات خفيفة إنزلاقية في العنق، أو في الجسم، أو في الأطراف، أو تتصف بحدوث لازمات عصبية (عرّات) مع صوت أزيز التي هي أحد أشكال اللازمات العصبية التنفسية (Respiratory tics)، وبعض حركات الأطفال يمكن أن تتطور بسبب مضادات الذهان إلى حركات نمطية متكررة، ويمكن للاختصاصي ملاحظة ذلك قبل ظهور هذه الحركات، أو اللازمات الحركية النمطية، وذلك قبل أن يعطي الطبيب العقار الجديد. ولذا فإن أي أعراض حركية جانبية متوقعة يمكن التخفيف منها بعد ذلك، وقد لوحظ أنه من النادر جداً أن تكون الأعراض الجانبية الحركية لمضادات الذهان تتضمن حالة خلل التوتر (Dystonia)، وهي عبارة عن تقلصات عضلية لا إرادية بطيئة، لذلك فإن تطور أعراض الاضطرابات الحركية (Dyskinetic) غالباً ما تكون مزعجة كثيراً للآباء، وعلينا أن نتذكر أن حوالي (٧٥ ـ ٨٠٪) من حالات فرط النشاط الحركي، وحالات التوحد لدى الأطفال لا تنمو إلى أعراض جانبية حركية،

والواقع أن الأطفال الكبار الذين نادراً ما يعالجون بمضادات الذهان يظهرون خطورة أقل من حيث عسر الحركة (Dyskinesia)، أما إذا كان الطبيب أو الاختصاصي من المهتمين بعلاج أعراض عسر الحركة، وهي كما أشرنا عبارة عن خلل في الحركة الاختيارية أو الإرادية لدى الفرد فإنه يمكن وصف دواء مثل (Cogentin) (الاسم الكيميائي لهذا الدواء Benztropine)، أو وصف دواء (Benadryl) وهو أحد الأدوية المضادة للحساسية (Antihistamine) حتى يتم منع ظهور الأعراض الحركية المضطربة والتي هي نتيجة للعلاج بمضادات الذهان، وبعد ذلك يسحب الدواء تدريجياً.

إن من أهم الأدوية المضادة للذهان دواء الهالدول (Haldol) (الاسم الكيميائي لهذا الدواء Haloperidol)، وكذلك دواء (Mellaril) (الاسم الكيميائي لهذا الدواء Thioridazine)، ولهذه الأدوية تأثير عام مشابه للأدوية الأخرى، ولكن الأعراض الجانبية تختلف، حتى أن هذه الأدوية تختلف من حيث الفاعلية والقوة. وهذا يعني أن على بعض الأفراد أن يتناولوا جرعة أكبر من الأفراد الآخرين حتى يتم الحصول على نفس النتيجة، وذلك لأن مخاطر الأعراض الجانبية تزداد مع زيادة الجرعة، ففي بعض الحالات يحتاج الطفل إلى جرعة أكبر حتى يتم الحصول على نفس النتيجة، أو للحصول على التغيير المناسب في السلوك، وفي نقطة محددة منه، ويفضل دائماً استخدام أقل جرعة ذات فعالية عالية من مضادات الذهان، وليس من الشائع بين الأطباء استخدام أدوية أخرى مضادة للذهان للحصول على فعالية أكبر.

عقار الهالدول (Haldol):

وهو دواء مثبط للجهاز العصبي (Neuroleptic)، يستخدم في علاج حالات فرط الحركة والتوحد، وذلك عندما يكون اضطراب السلوك لدى الطفل مسبباً لمشكلة كبيرة، وبعض الاختصاصيين من الأطباء يفضلون استخدام جرعة بسيطة من دواء ذي تحمل عال من الهالدول، أو مثل عقار الميليريل، وعادة يعطى الهالدول بعد تجريب عدة أدوية مثل التوفرانيل والأنفرانيل والريتالين. . . ودون أن تؤدي هذه الأدوية الغرض المطلوب، وعندما لا تخفف من أعراض فرط الحركة، أو تؤدي إلى أعراض الإثارة

والهيجان . . . هنا يستخدم عقار الهالدول بجرعات خفيفة جداً أو جرعات منخفضة، تعطى مرة أو مرتين يومياً، لأن بعض الأطفال ذوو حساسية عالية للدواء ويستجيبون بسرعة لهذه الجرعات الصغيرة جداً، ومن المعروف بأن المهتمين بالعقاقير النفسية يتّبعون عند استخدام عقار الهالدول مبدأ (ابدأ ببطء وأنشيء ببطء)، ولابد من الأخذ بعين الاعتبار العطل الدورية الدوائية كل (٤ ـ ٦) أشهر بينما يكون الطفل قد انقص الدواء تدريجياً، وزاد تحمل الجسم للدواء، ويمكن الاستعانة بالهالدول في علاج الحالات الطبيّة الشرعية والسلوك غير الهادف والعدوانية الشديدة والانفجارات الانفعالية ـ السلوكية الموجهة نحو الذات أو نحو الآخرين، كما يستخدم الهالدول عندما يكون نشاط الطفل الحركي مقروناً بنقص القدرة على الحكم، مع تكرار السلوك الخطر. ويفيد الهالدول في زيادة وعي الطفل اجتماعياً، والتقليل من السلوك غير الاجتماعي.

عقار الميليريل (Mellaril):

الاسم الكيميائي (Thioridazine) ويعتبر من العقاقير الشائعة في علاج حالات الذهان، كما يستخدم في علاج حالات فرط الحركة لدى الأطفال، وحالات التوحد أيضاً، حيث أن له فعالية منخفضة أو بسيطة كدواء مضاد للذهان، ويستخدم هذا العقار عندما يعاني الطفل أو المراهق من بعض السلوك الشاذ مثل الهيجان المفاجيء والسخيف، والذي يصحبه أحياناً نزاع أو عراك مع الآخرين، بحيث يصعب على الطفل السيطرة على سلوكه، وبالتالي فإن ذلك يؤثر على قابلة الطفل للتعلم، أو يؤثر في وظائف الطفل داخل الصف المدرسي، أو في حالات الحياة الأخرى، وفي بعض الأحيان، إذا وصف عقار الميليريل لطفل مفرط الحركة فإنه يفيد كمهديء وذلك عندما يعطى لأول مرة، وإذا تناول الطفل جرعته اليومية قبل الذهاب إلى النوم، مما يؤدي إلى النوم الهاديء والأطول جداً بما يسعد الأسرة. والجدول التالي رقم (٤) يشتمل على مضادات الذهان وفائدتها وأعراضها الجانبية.

٤ ـ أدوية أخرى توصف لأطفال فرط الحركة ونقص الانتباه:

هذه الأدوية تستخدم أيضاً في علاج حالات فرط الحركة ونقط الانتباه لدى الأطفال

جدول رقم (٤) الأدوية المثبّطة للأعصاب (المعقّلات) أو المضادة للذهان

Medication التداوي (Trade Name/ Generic) (الاسم التجاري / الكيميائي)	Most Likely Benefits الفوائد المحتملة	Possible Benefits الفوائد الممكنة	Side Effects/ Problems مشكلات الأعراض الجانبية
Haldol (haloperidol)	Less withdrawal; fewer stereotypies, less hyperacivity and agitation	Possibly increased teachability due to improved attention	Lower seizure threshold, weight gain; sedation
Mellaril (thioridazine)	Less hyperactivity and agitation	Less withdrawal	Lower seizure threshold; weight gain; sedation

(وكذلك حالات التوحد) وذلك في حالات وأسباب مختلفة، ويستخدم جزء يسير من كل هذه العقاقير بشكل متكرر، من أجل علاج بعض الأعراض التي لا توجد في حالات فرط الحركة أو حالات التوحد لدى الأطفال، أو في حالات اضطرابات النمو. ومن غير المتوقع أن تصاحب هذه الحالات (وهي حالات نادرة جداً) أعراض فرط الحركة ونقص الانتباه أو التوحد لدى الأطفال، مثل الاختلاجات ونوبات الصرع وغير ذلك.

من هذه الأدوية (Tegratol) (الاسم الكيميائي Carbamazepine)، عيار (١٠٠-٢٠٠) ملغ، ويستخدم كعقار مضاد للاختلاجات (Anticonvulsant)، ومن أجل علاج نوبات الصرع (Epilepsy seizures)، وهذا العقار يساعد في علاج الحالات التي تصحبها اختلاجات، كما يساعد في علاج الانفجارات الانفعالية، وحالات العدوان، وهو من العقاقير الفعالة والبديلة عن العقاقير الأخرى مثل (الميليريل)، و(الهالدول)، كما يفيد في علاج حالات الاضطرابات الحركية، ويفضل الأطباء وصف هذا العقار لحالات محددة من الأطفال، كما أن هذه الأدوية تتطلب من الطبيب القيام بعملية سحب دم منتظمة للطفل ومن أجل تنظيم مستوى العقار في الدم، مع الأخذ بعين الاعتبار أن من أعراض هذه الأدوية إضعاف قدرة الجسم على انتاج الخلايا الدموية.

الدواء الثاني هو التركسان (Trexan) (الاسم الكيميائي Naltrexone)، وهو من الأدوية الحديثة التي جربت في حالات فرط الحركة لدى الأطفال وليس له أعراض جانبية

كبيرة، وإنما يؤدي إلى نتائج شبيهة بنتائج (الهالدول) والتقارير البيوكيميائية والفارماكولوجية تؤكد على نجاح هذا العقار وفعاليته الكبيرة في العلاج وخاصة إذا أضيف إلى عقاقير ذات نوعية أخرى، وهذا يفسّر لنا السبب في أن استخدام (التركسان) لوحده يؤدي إلى نسبة تحسّن ضئيلة تقدر بحوالي (١/٥ - ١/٧) من الأطفال، ومع ذلك يفضّل بعضهم تجريب هذا العقار قبل البدء بالمثبطات العصبية (Neuroleptics).

أما الدواء الثالث الذي يمكن استخدامه في حالات فرط الحركة هو البُندمين (Pon-dimin) (الاسم الكيميائي Fenfluramine)، وهو من العقاقير التي استخدمت في الدراسات حول حالات فرط الحركة، ويفيد في علاج الأطفال الكبار، وقد استخدم هذا العقار عام (١٩٨٠) بشكل بارز عندما توصل الباحثون إلى فائدته في علاج بعض حالات التوحد إلا أن النتائج اللاحقة على عينات كبيرة من الأطفال لم تكن مرضية، وبشكل عام يعمل هذا العقار عمل منبّه بسيط ويفيد في بعض حالات فرط الحركة والتوحد، كما يُضْعف من الحركات النمطية المتكررة، ويعمل على زيادة مدى الانتباه لدى الطفل، وهذا العقار شبيه بعقار التركسان من حيث نسبة الاستجابة الضعيفة، وبعض الأطفال الذين يستجيبون إليه يظهرون قدرة على التحمل بسرعة، بالإضافة إلى أن عقار البندامين يعمل عمل منظم لشهية الطعام لدى العديد من الأطفال، ويمكن أن يكون له تأثير سلبي على بعض الأطفال من حيث تأخر منحنيات النمو قليلاً، شأن باقي العقاقير المنبهة.

الدواء الرابع هو البُسبار (Buspar) (الاسم الكيميائي Buspirone)، وهو عقار مضاد لحالات القلق (Antianxiety)، ويترك أثراً إيجابياً في علاج حالات فرط الحركة، (ولدى بعض حالات التوحد) التي تصاحبها أعراض قلق مزمنة ويعتبر عرض القلق واضحاً لديها، وقد لوحظ بأن بعض أطفال فرط الحركة واضطرابات النمو الشائعة والذين تجاوزوا مرحلة البلوغ ينشأ لديهم مستوى مرتفع من القلق مع أعراض خوف بحيث يؤدي ذلك إلى نقص الانتباه ونقص الاهتمام ويؤدي إلى اللامبالاة... ويسهل سحب هذا العقار من الجسم، وقد استخدم عقار (Buspar) في علاج حالات التوحد لدى الأطفال الكبار والمراهقين، وكذلك في علاج أعراض مرض أسبرجر (Asper-ger's Disease)، وفي علاج الحالات التي لا تستطيع النطق إلا على شكل همس، وحالات الأطفال الذين يحاولون إغلاق العينين عندما يتكلمون مع الآخرين، أو

الأطفال الذين لا ينامون إذا تركوا وحدهم، وهذا العقار ليس ذا فاعلية كبيرة في علاج حالات فرط الحركة، لكنه مفيد إذا أعطي إلى جانب عقاقير أخرى تهتم في علاج معظم مشكلات الأطفال النمائية والسلوكية.

يضاف إلى ذلك عقار الليثيوم (Lithium) وهو يعتبر من العقاقير الهامة في علاج حالات الاضطرابات الوجدانية (Affective disorders) لدى البالغين، والذين يدخلون ببطء في النظام العلاجي عن طريق هذا الدواء، كما يفيد في علاج حالات التوحد عند البالغين، أكثر من حالات الأطفال، ويعتبر الليثيوم بديلاً عن الأدوية المضادة للذهان، ويوصف على شكل كبسولات من عيار (٣٠٠) ملغ، أو حبوب من عيار (٣٠٠) ملغ، ويمكن أن يعطى للأطفال الذين ليس لديهم تحمّل لمضادات الذهان. ويعتبر الليثيوم من العقاقير الجيدة في علاج حالات فرط الحركة والتوحد والحالات التي يصاحبها شكل نوبي (أو شكل عَرَضي) أعراض هوس (Mania)، أو انفجارات انفعالية، أو أعمال سلبية يكون من الصعب السيطرة عليها من قبل الكبار الذين هم حول الطفل، كما يفيد في علاج حالات عدوان الأطفال المتكررة، ومن الضروري أن ينظّم الطبيب مستوى الليثيوم في الدم بأخذ عينات منتظمة من المريض. إن هذا الدواء (إذا أعطي بشكل صحيح) يحقق فاعلية وله عامل أمان جيد، إلا أنه إذا استخدم في الجرعات العالية يعتبر دواء ساماً، وله أعراض جانبية مثل ارتجاف اليدين، وتبول دائم مع احساس بالعطش، ودوار بسيط. ... الخ. كما أنه من المفضل عدم الاحتفاظ به في المنزل لأنه يصعب تخزينه أو الحفاظ عليه بدقة بعيداً عن الأطفال الذين يعانون من فرط الحركة أو التوحد أو اضطرابات سلوكية أخرى حادة. الجدول التالي رقم (٥) يبيّن هذه الأدوية وفوائدها وأعراضها الجانبية.

ملاحظة:
من الأدوية التي توصف لزيادة القدرة على الانتباه والتركيز لدى الأطفال (Encephapol), (Nootropil).

جدول رقم (٥) يبيّن أدوية أخرى لعلاج حالات فرط الحركة:

Medication التداوي **(Trade Name/ Generic)** (الاسم التجاري / الكيميائي)	**Most Likely Benefits** الفوائد المحتملة	**Possible Benefits** الفوائد الممكنة	**Side Effects/ Problems** مشكلات الأعراض الجانبية
Tegretol (carbamazepine) (anticonvulsant)	Less hyperactivity; fewer behavioral outbursts	Treats possible "behavioral" seisures	Occasional effects on liver function and, rarely, bone marrow
Trexan (naltrexone)	Less hyperactivity, less negative behavior	Fewer stereotypies; less withdrawal	Low response rate, but good if it works
Pondimin (fenfluramine)		Less hyperactivity, better attention	Low response rate, mild benefits
BuSpar (buspirone) (anti-anxiety)		Decreased anxiety	Rare
Lithane (lithium)	Fewer episodic anger outbursts	Less modiness	Occasional gastric distress, weightgain; thirst, acne

كيف نختار الدواء الصحيح المناسب لحالة الطفل؟

يمكن للطبيب أن يصف عقاقير أخرى لأطفال حالات فرط الحركة والتوحد ونقص الانتباه، والعدوان. والطبيب حسب خبرته بامكانه أن يفضّل استخدام عقار دون آخر، والشيء الرئيس الواجب تذكره هو أن هناك احتمالات لأن يصيب في علاجه حيناً ويخطىء حيناً آخر، ويمكن أن يستخدم وبذكاء أسلوب المحاولة والخطأ، حتى يجد العقار المناسب أو الصحيح، أو أنه يقوم بجمع مجموعة أدوية مع بعض بالنسبة لحالة معينة، ويمكن أن نسمّي ذلك بالمحاولات التجريبية، وبعض الآباء يتخوّفون من هذه المحاولات وخاصة إذا أستمرت لمدة طويلة، ويجب الانتباه إلى أن رد فعل أو الأستجابة السيئة لعقار ما ليس معناه أن جميع العقاقير سيئة وذات تأثير سلبي، وما هو مهم أن المحاولة التي يقوم بها الاختصاصيون مبنيّة على خبرة وفهم، وأن وصف الدواء يجب أن يكون مبنياً على هذه الخبرة أيضاً، وعلى الاختصاصي متابعة تأثير العقار في الواقع، ومعرفة الفوائد التي حصلت منه ومتابعة حالة الطفل تدريجياً بالتعاون مع

أسرته أو معلميه والحصول على معلومات استرجاعية (Feedback)، مما يفيد في زيادة الخبرة وفي علاج باقي الحالات من الأفال، وعلى الاختصاصي العودة دائماً إلى نتائج الدراسات والبحوث الدوائية المتعلقة بحالات الأطفال.

العلاج بواسطة فيتامين (ب):

إن إحدى طرائق العلاج الفارماكولوجية النفسية (Psychopharmacological) التي تجرّب على حالات أطفال فرط الحركة، أو التوحد، واضطرابات السلوك الحادة وغيرها هي استخدام جرعات عالية من فيتامين (ب) المركب (B-complex) ويفسّر ذلك بأن هذا الفيتامين بجرعاته العالية يؤثر على مثل هذه الحالات السابقة للأطفال كونه يعتبر من المنبهات الخفيفة التي تعمل على تهدئة حالة فرط الحركة العضوي لدى الطفل، كما تؤدي إلى زيادة القدرة على التركيز والانتباه، وقد لوحظ أن بعض الأطفال يستجيبون لهذا الدواء بشكل ايجابي، والبعض الآخر لا يستجيبون بشكل ملحوظ، والبعض الثالث لا يستجيب، علماً بأن الدراسات تشير إلى أن هذا المركب يؤدي إلى زيادة الإثارة عندما يتوقف الطفل عن تناوله، إلا أن الدراسات المتقدمة اتفقت على أن الجرعات العالية ذات نتائج ايجابية.

إن بعض الآباء الذين يترددون في إعطاء طفلهم عقاقير نفسية، يشعرون بشيء من الراحة عندما يوصف لطفلهم فيتامين (ب) المركب، وهو أمر له تفسير لدى الآباء. والبعض من الأطباء يرون أن الجرعات العالية من هذا الفيتامين ذات مضاعفات جانبية تماماً مثل المضاعفات الجانبية للعقاقير النفسية الأخرى، وهذا يجب الانتباه إليه وتنظيمه من قبل طبيب الأطفال أو من قبل الطبيب النفسي. وبشكل عام، إن جرعات فيتامين (ب) المركب تجعل الطفل أكثر هدوءاً، كما يؤدي ذلك إلى خفض حدّة المشكلات السلوكية لديه وخاصة المشكلات المتعلقة بفرط الحركة، أو فرط الإثارة، لكن لا نتوقع أن يكون تأثير فيتامين (B) المركب شبيهاً بتأثير مركب البلاسيبو (الدواء الوهمي)، أو شبيهاً بتأثير العلاج النفسي السلوكي الذي يفضّل أن يستخدم إلى جانب جميع العلاجات الدوائية.

تنظيم إعطاء الدواء للطفل، والعطلة الدوائية:

العطلة الدوائية هي فترات من الوقت يتوقف فيها الطفل عن تعاطي الدواء، وهناك عدة أسباب وراء الحاجة إلى العطلة الدوائية، والسبب الرئيس للعطلة الدوائية هو معرفة فيما إذا كان الطفل ما زال بحاجة إلى الدواء أم لا. إن بعض الأعراض التي تعالج عن طريق الدواء يمكن أن تتحسن مع العمر كما في حالة فرط الحركة لدى الأطفال أو أنها تتحسن بشكل أفضل مع زيادة المهارات المعرفية لدى الطفل كما هو الحال في تحسّن مدى ومدة انتباه الطفل الذي يمكنه أن يتعلم كافة الأنماط السلوكية التكيّفية أو يتدرب عليها (إذا لم تكن هناك إعاقة ما)، بينما يمكن للطفل الذي يتناول العلاج أن يعتمد على الدواء ويتشبث به، وفي مثل هذه الحالات يتم سحب الدواء تدريجياً، مع ملاحظة الأشياء كيف تسير حول الطفل، فإذا تبيّن أن السلوك المستهدف بدأ بالظهور والانتكاس ثانية بسبب سحب الدواء، فإن على الطفل العودة إلى العلاج لإتمامه وذلك تحت إشراف الاختصاصي. إن فكرة العطلة الدوائية ليست مستحسنة دائماً إذا كان ذلك يعني عودة الطفل إلى أنماط السلوك السلبية السابقة، مثل العدوان، وإتلاف الأشياء، وهدر النتائج الإيجابية التي حققها الطفل مثل زيادة القدرة على التحكم بالذات، ومن المزعج أن يعود الطفل ثانية إلى عدم القدرة على التحكم بسلوكه واندفاعاته مرة ثانية بعد أن اعتاد أن يتحكم بذلك، ويفضل الآباء والأطباء اختيار العطلة الدوائية خلال العطل المدرسية، وفصل الصيف، وفي هذه الحالة يكون الطفل أكثر قدرة على تحمّل عملية سحب الدواء أو وقفه، وذلك بسبب أن الضغوط على الطفل تكون أقل ومحدودة بالمقارنة بأيام الدراسة، أو بأيام الامتحانات في نهاية العام، حيث تكون هذه الفترة صعبة على حالات أطفال فرط الحركة، ونقص الانتباه والتوحد واضطرابات السلوك الأخرى لدى الأطفال، وهي تعتبر أسوأ فترة بالنسبة لاتخاذ قرار العطلة الدوائية، من ناحية أخرى فإن عملية إنقاص عملية الدواء أو سحبه تدريجياً خلال أيام المدرسة تعتبر فرصة مناسبة للاختصاصي أو الطبيب لزيادة معلوماته ومعرفة فيما إذا كان الدواء قد حقق فعلاً الفائدة في مجال الأداء المدرسي والتحصيل الدراسي أم لم يحقق ذلك. بالإضافة لذلك، يمكن لأسرة الطفل ومعلميه أن يلاحظوا بأن

الطفل (س) تظهر عليه علائم الشغب والعدوان، أو العبوس والانطواء، ويعيش في حالة توتر وصعوبات. . . مما يشير إلى أن قرار سحب الدواء أو ايقافه ليس صحيحاً وأن ذلك أضرَّ بالطفل.

ويفضّل بعض الآباء استخدام الدواء عند الحاجة بالنسبة لبعض العقاقير مثل التوفرانيل وغيره، وهذا في الواقع غير صحيح أو غير منطقي، ذلك لأن مثل هذه الأدوية تحتاج إلى أسابيع حتى يصل العقار إلى تحقيق الفعالية المطلوبة، وكذلك وصول العقار إلى المستوى الفعّال في الدم، أما بالنسبة للمنبهات أو المنشطات مثل الهالدول، أو الريتالين، فإن على الأبوين (وتحت إشراف الطبيب) تكييف الدواء أو الجرعة، خاصة عندما يبدأ الطفل يوماً تعيساً، أو عندما يبدأ بممارسة بعض الأنشطة بشيء من الضغط والانفعال، إلا أن ذلك غير مفضّل من قبل الأطباء لأنه يضع الطفل في حلقة مفرغة من التحسّن والسوء، ومن النشاط والهبوط. . . ومما لا شك فيه أن الطفل بحاجة إلى فرصة لتكييف الأمور حسب حالته العقلية، وأن يتعلم كيف يتم الأداء الوظيفي العقلي بشكل حسن، لهذا فإن الطفل يفضّل أن لا يخضع إلى أي دواء. إن الأطفال الذين يستفيدون من تناول الدواء يصبحون أقل إفراطاً حركياً، وأكثر قدرة على الانتباه وذلك عند تناول الريتالين، ومع ذلك فإن الآباء والأطفال أنفسهم يتوّخون دائماً عدم تناول الدواء.

من ناحية أخرى إن التغيرات التي تطرأ على الجرعة الدوائية يجب أن تتقرر من خلال استشارة الطبيب المعالج، وإن الخبرة العلاجية تشير وفي أكثر من مناسبة إلى أن الآباء ينظرون إلى الدواء وكأنه قيد للطفل. بينما يعطى الدواء للطفل على أنه ذو فعالية سيظهر أثرها بشكل ملموس بعد مدة قصيرة، علماً أن فعالية أي دواء لا تكون دائماً على شكل خط مستقيم، وأن هذه الفعالية تعتمد على الجرعة الدوائية، والتي تعتمد بدورها على عمر الطفل ووزنه، وعلى مدى استجابته للدواء، كما يعتمد ذلك على مركب من العوامل هي التي تحدد مقدار الجرعة الدوائية أو الاجراءات المترتبة على إعطاء الدواء للطفل.

متى يتم تغيير الدواء؟

يتم تغيير الدواء عندما يتناول الطفل أدوية أخرى ذات تأثير معارض لتأثير الدواء الموصوف، كما يتم تغيير الدواء عندما لا يكون للدواء الموصوف فعالية، ويلاحظ ذلك عند بداية البلوغ، حيث تضعف فعالية الأدوية المنبهة في تحقيق فعالية شبه مستمرة خلال هذه المرحلة. إنّ عقاقير مضادات الذهان تحتاج باستمرار إلى تعديل الجرعة الأساسية، ومن المحتمل - كما ترى بعض الدراسات - أن بعض العقاقير مثل (Cylert) ذات فعالية عالية بعد مرحلة البلوغ ولأن تأثيرها يدوم مدة أطول. كما يمكن تجريبها ثانية. إن أعراض حالات فرط الحركة والتوحد واضطرابات النمو والسلوك لدى المراهقين قد تظهر بطرق مزعجة ومؤذية جسدياً أحياناً، لذلك فإن المراهق في هذه المرحلة يتطلب الدواء لمساعدته دون تجسيد عدوانيته ضد نفسه أو ضد الآخرين، يضاف إلى ذلك بأن مرحلة الكمون، وهي المرحلة التي تسبق البلوغ في عمر (٩ - ١٠) سنوات، وكذلك مرحلة المراهقة المبكرة الممتدة من (١٣ - ١٧) سنة تعتبر من المراحل الحساسة بالنسبة للأطفال الذين يعانون من فرط الحركة والتوحد وأعراض اضطراب أسبرجر (Asperger's Syndrome) وغيرها، حيث يمكن أن تظهر عليهم أعراض ثانوية مصاحبة لأعراضهم السلوكية الأساسية مثل بعض السلوكات الوسواسية القهرية.

الإشراف على الطفل من أجل تناول الدواء:

من الأنشطة المهمة في إطار علاج الأطفال وضمان تناول الطفل للدواء أو للجرعة اللازمة له، مَنْ هم وكيف يمكن للأهل وللطبيب تحقيق ذلك؟ ذلك أن العقاقير العلاجية السائلة التي توصف للأطفال قليلة جداً، وبعضها معبّأ داخل محافظ (أو كبسولات) مغلفة بمادة الجيلاتين مثل التوفرانيل والبروزاك وغيرها، وبعضها قابل للمضغ في الفم (Chewables) مثل التكرتول... ومعظم الآباء يرغمون أطفالهم على تناول الحبوب، وبعض الأطفال يتناولون الدواء بإرادتهم، وبعضهم الآخر يتناوله إذا قدّمه الآخرون لهم، وبعض الأطفال يغلقون فمهم منعاً لوضع حبة الدواء، وكرد فعل لإرغامهم على ذلك، أو يرفضون وضع الدواء في فمهم، والإجراء المناسب في مثل هذه الحالات هو

تهدئة الطفل، وتشجيعه، وجعله يرى الأطفال الآخرين كيف يتناولون علاجاتهم دون ممانعة أو إزعاج، ويمكن قرن إعطاء الدواء بمكافأة. . . ويمكن تكسير حبّة الدواء ووضعها داخل سائل مستحب للطفل مثل العصير، أو تقديمه بواسطة الملعقة مع بعض الأشياء اللاذة كمعزز له (Reinforcement) مثل الآيس كريم، أو الشوكولا، أو غير ذلك، كما يمكن للطبيب إخبار أسرة الطفل عن طعم الدواء المر مثل دواء البونديمين (Pondimin)، ويمكن للأسرة إعداد خلطة مكونة من الدواء المر وقليل من الأطعمة التي يحبها الطفل، بحيث يصبح طعم الدواء أفضل، ومعظم الأطفال يتعلمون كيف يبتلعون حبة الدواء إذا تمّ الإلحاح عليهم بشكل مقبول بأخذ الدواء مع السائل، وبعض الأطفال يرفضون تناول الدواء إلا إذا كان ذلك عن طريق الكبار، وبالنسبة لأطفال فرط الحركة يمكن تقديم الدواء إليهم مع بعض الأشياء التي تقدم عادة لهم عندما يبدون تحسناً في سلوكهم ويكونون أكثر هدوءاً، وفي مثل هذه الحالة يستفيد الطفل من الدواء وكذلك يستفيد من الشيء المقرون بالدواء، وكمعزز للطفل، وهذا ما يزيد أو يحسّن من هذه المهارة التي يمكن أن تتكون لدى الطفل سلوكياً عن طريق مبادىء التعلم والإشراط (Conditioning)، وبالنسبة للأطفال الكبار يمكن تعويدهم على ذلك ليصبح بمثابة روتين في حياتهم، ويجب التأكد من أن الطفل تناول الدواء فعلاً ولم يلقه خارجاً بشكل أو بآخر بحيث لم يلاحظ ذلك من قبل الكبار، ويجب تعويد الطفل على تناول الدواء بانتظام مثل تنظيف الأسنان، أو غير ذلك من الأعمال اليومية الروتينية، أما بالنسبة للعلاجات طويلة الأمد، فإن من الضروري الاستمرار بها بنظام، وحسب إرشادات الطبيب، وأنماط اختباراته في مناسبات مختلفة، وكما ذكرنا سابقاً، فإنه من الضروري على أي طبيب يقوم بوصف العقار الأخذ بعين الاعتبار حالة الطفل الصحية من كافة جوانبها، وعلى الطفل ألا يعطى دواء ن قبل طبيب آخر وفي الوقت نفسه، دون معرفة عمل الطبيب الأول، وحتى ولو كانت الأدوية بسيطة من نوع المقويات (Megavitamine) لأن تفاعل الأدوية مع بعضها قد يضرّ الطفل، والطبيب الاختصاصي هو الذي يحدد ذلك.

يوجد عدد من الطرق العلاجية لحالات فرط الحركة والتوحد واضطرابات سلوك الطفل، وهي طرق ما زالت موضع خلاف، بالرغم من انتشارها الواسع، وبسبب

تضارب النتائج العلمية حول مدى فعاليتها، بعض هذه الطرق العلاجية ما زال في حاجة إلى صقل، وبعضها الآخر أخذ بالانحسار، والثالث ما زال يحالفه النجاح لحد ما، وكانت نتيجة ذلك أن ظهرت عقاقير وأدوية جديدة، وانحسرت استخدامات عقاقير أخرى، وبشكل عام توجد دائماً طريقة أو أكثر من أساليب علاج لحالات فرط الحركة، علاوة على أساليب العلاج غير المألوفة أو الشعبية التي تظهر في بادىء الأمر لدى الآباء والأمهات والمعلمين، وهي أساليب تعتمد على الاجتهاد والملاحظة في غالب الأحيان دون الاعتماد على الأسس العلمية. هذا، وبالإضافة إلى العلاج الدوائي توجد طرق تربوية نفسية تعليمية وتدريبية وسلوكية من أجل مساعدة الطفل على تحقيق التحسّن في الأعراض المصاحبة لمشكلته، وهي طرق تعمل على تسهيل القدرة على التواصل الحركي والاجتماعي واللغوي لدى الطفل مع الآخرين من حوله مثل تعديل السلوك، والتدريبات السمعية، والتدريب على السيطرة الذاتية، وغير ذلك من طرق نفسية وسلوكية سنشير إليها فيما بعد وهي طرق هامة وتعتبر مكملة للعلاج الدوائي وبدونها يصعب على الطبيب تحسين حالة الطفل بالاعتماد على الدواء فقط.

إن التركيز على جانب واحد في علاج اضطرابات النمو وفرط الحركة والتوحد والعدوان... لدى الأطفال يعتبر من الناحية المهنية عملاً غير صحيح، كما أن هناك ادعاءات أو مبالغات على صلاحية جميع الطرق التشخيصية والعلاجية لأي طفل يعاني من فرط الحركة أو غير ذلك من اضطرابات سلوكية. والحقيقة أن هناك فروقاً فردية بين حالات الأطفال الواحدة، كما أن هناك حالات يخطىء الاختصاصي في تشخيصها على أنها حالات فرط الحركة (أو غير ذلك من حالات الأطفال) فهناك - كما أشرنا في السابق في حديثنا عن التشخيص التفريقي - حالات تعاني من اضطراب لغوي حاد، أو حالات تعاني من اضطرابات وجدانية، أو حالات لفصام الطفولة (Childhood Schizophrenia). إن التشخيص التفريقي مهم جداً في اختيار الدواء الذي يجب علينا معرفة هل يؤدي إلى التحسّن أم لا؟

إن أي معلومة حول ذلك سيكون لها أثر كبير على أسرة الطفل، وكذا على تسويق الدواء وغير ذلك، وعندما يستجيب طفل معين للدواء فإننا نتساءل لماذا استجاب هذا الطفل للعلاج؟ وماذا حدث فعلاً؟ وأين موضع التحسّن؟ وهل هناك نجاحات أخرى

حققها العلاج ويمكن تحديدها؟ وهل هناك تقييم قبلي وتقييم بعدي لحالة الطفل كما يحدث في مجال الدراسات والبحوث العلمية؟ إنّ من سوء الحظ أن معظم الآباء يتشوّقون للبحث عن أي شيء في طفلهم يطرأ عليه شيء من التحسّن حتى ولو كان غير صحيح، وسرعان ما يسعون إلى شراء الدواء دون أن يعطوا أنفسهم وقتاً كافياً للتفكير في ذلك، أو أن يناقشوا الأمر مع اختصاصي موثوق به. إنهم يجدون علاجاً ساحراً، ومن المؤسف أن آباء هؤلاء الأطفال أكثر استهدافاً لمثل هذه الأفكار والمعتقدات الخاطئة. إن الآباء والمعلمين الذين يتعاملون مع أطفال فرط الحركة بحاجة ماسة إلى رؤية الأطفال وقد تحسنت حالتهم، وهذا يشعرهم بالسعادة عندما يجدون في الواقع تحسناً في سلوك الطفل.

ولكن كيف يمكننا معرفة أن علاجاً ما قد حقق الفائدة المرجوة منه أو كان علاجاً صادقاً؟ وماذا لو كان العلاج قد حقق نسبة من الفائدة حوالي (١٪) من حالات الأطفال، أي طفل في كل مئة طفل، ولم يكن الطفل الذي تحسّن هو طفلي أو طفلك، والواقع أنه لابد من دراسات حول هذا الموضوع، حتى يتم تطوير وسائل العلاج بشكل صحيح، وتكون هناك علاجات بديلة، ولابد من معرفة أن الطفل عندما يتحسّن لا يكون تحسّنه بسبب العلاج الدوائي فحسب، بل هناك عوامل أخرى هامة جداً يجب أن تؤخذ بعين الاعتبار، وهي العوامل الأسرية والتربوية، والعوامل التعليمية والاجتماعية والنفسية، والصحية بشكل عام، خاصة إذا كان الطفل في فصل دراسي خاص ويخضع لبرنامج التربية الخاصة.

إن الاختصاصيين والأطباء يعملون على تحسين الوظائف العصبية والعقلية، والتفاعلات الحركية والاجتماعية، ولعل أفضل طرق العلاج هي التي تقدم لنا دليلاً من خلال القياس والفحص والذي يبيّن مدى فعالية أو تأثير العلاج.

إن معظم التقنيات المستخدمة في علاج حالات أطفال فرط الحركة أو التوحد . . . تطبق على عدد قليل من الأطفال وتحت ظروف محددة، ولا ننسى أيضاً بأن للأم دوراً هاماً في العلاج، خاصة عندما تعمل على تطبيق حمية غذائية صحية على طفلها الذي يتناول كمية كبيرة من الطعام مما يساعد على تحسّن حالته. ومن المؤسف أن بعض الطرق العلاجية تستخدم لجميع حالات الأطفال، مثل الدواء العام الذي يعطى لكافة

الأمراض (Panacea) الصعبة منها والسهلة، والواقع أنه لا يوجد علاج يصلح لجميع حالات اضطرابات الأطفال، وذلك لأن حالات فرط الحركة أو التوحد أو العدوان أو اضطرابات السلوك الأخرى هي حالات ذات أعراض مختلفة من طفل لآخر، ولا توجد جميع الأعراض لدى جميع الأطفال، فبعض الأطفال ذوو أعراض بارزة أكثر من أعراض أخرى، ثم إن تشابه أعراض فرط الحركة لدى طفلين أو أكثر ليس معناه أن الأسباب واحدة، لذلك علينا ألا نتوقع أن تكون درجة الشفاء أو التحسّن واحدة لدى جميع أطفال فرط الحركة، لذلك فإن عملية العلاج في حد ذاتها تكون محددة العَرَض الذي يعالج (Symptom Specific)، يضاف إلى ذلك أن الطرق الهامة في العلاج هي التي تعدّل من سلوك الطفل وتزيد من قدرته على الانتباه والتركيز والفهم والهدوء، وتزيد من قدرته على تنمية عملية التواصل، كما تزيد من قابلية الطفل للتوافق الاجتماعي (Sociability)). إن بعض المعالجين الأذكياء أو الدهاة يركزون على بعض الأعراض في علاجهم، مثلاً، يهتم بعضهم بعلاج حالة مشي الطفل على رؤوس أصابعه، وكذلك تحسين سلوك التواصل عن طريق البصر - وهذا ما سنشير إليه بالتفصيل فيما بعد.

توجيهات للآباء
من أجل الالتزام بإعطاء الطفل الدواء بانتظام
وتحت إشراف طبي دون خوف أو قلق من ذلك:

لاحظ المؤلف من خلال خبرته في وحدة الطب النفسي للأطفال وعلاج حالات فرط الحركة لدى الأطفال بأن العديد من الآباء وخاصة الأمهات يعانون من الخوف والقلق من إعطاء الطبيب وصفة طبية أو دواء لعلاج الطفل وخاصة عقار «الريتالين» أو كما يسمى كيميائياً (Methylphenidate) وهو من العقاقير التي يغلب استخدامها في بريطانيا، والواقع أن هذا الدواء يعطى تحت إشراف طبي كما يتم توقيفه تحت إشراف طبي، وعادة يعطى هذا الدواء حسب وزن الطفل وشدة أعراض فرط الحركة ونقص الانتباه ويعطى عادة مقدار (0.3 - 0.5) ملغ لطفل واحد كغ من وزن الطفل في المرة العلاجية الواحدة، ويفضل البدء بجرعة كاملة حواي (5) ملغ، وبحيث لا تزيد الجرعة الواحدة عن (20)

ملغ، والجرعة اليومية لا تزيد عن (60) ملغ، وتعطى الجرعة (5.mg) صباحاً لمدة (٣ ـ ٥) أيام، ثم يقوم الطبيب بزيادة الجرعة إلى (5.mg) بعد الظهر أيضاً، ولا يعطى الدواء ليلاً لأنه يسبب الأرق واضطرابات في النوم، وبعد زيادة الجرعة (5 + 5) ملغ يستمر الطفل بتناول العقار لمدة (٣ ـ ٧) أيام ثم يزيد الطبيب الجرعة، وعادة يعطى هذا العقار في وقت النشاط والفترة الصباحية، وذلك لمعرفة مدى التحسّن، والنصف العمري للريتالين (٤ ـ ٥) ساعات في بلازما الدم، لذلك لابد أن يعطى الدواء ثانية للطفل في فترة بعد الظهر، وقد يحتاج الطفل يومياً من (٢ ـ ٣) جرعة، ويمكن أن تقسم حبة الدواء الواحدة إلى قسمين (5 + 5) ملغ، وإذا لم يحدث تحسّن لدى الطفل فيمكن استخدام العقاقير غير المنبهة (Non-Stimulant Medication) مثل الاميبرامين ,(Fluoxetine) (Imipramine) أو (Clonidine) . . .

إن الأعراض الجانبية للدواء تظهر بشكل تدريجي، ولكن هذه الأعراض لا تظهر بشكل واضح في الجرعات الخفيفة، ومعظم الأعراض تكون على شكل نقصان الشهية للطعام، وكذلك اليقظة أو الأرق لساعات متأخرة، لذلك ينصح دائماً بوزن الطفل كل ستة أشهر، وإعطاء العقار بعد تناول الطعام، حتى نضمن التغذية اللازمة للطفل، وكذلك عدم إعطاء الدواء متأخراً مما يتيح للطفل تناول وجبة طعام المساء. وهناك أيضاً أعراض جانبية أقل انتشاراً مثلك ضعف النشاط الحركي لدرجة كبيرة وهذا دليل على أن الجرعة الدوائية كبيرة جداً، بالإضافة إلى حالة قلق، وعصبية، وتهيّج، وخوف، صداع، دوار، خلجات عصبية، زيادة النبض، والزيادة الكبيرة في الجرعة قد تؤدي إلى أعراض ذهانية مثل الهلوسات وهذه حالة نادرة جداً، وعلى الآباء الاستمرار في إعطاء الدواء بانتظام وتحت إشراف طبي على الأقل لمدة سنة، ومتابعة الطفل في مدرسته وفي أسرته، وقد تتطلب بعض الحالات العلاج لفترة أطول من سنة، وإذا لم يوجد تحسّن واضح يفضل وقف الدواء، وتختلف الحالات في استجابتها للدواء، وهذه الأدوية المنبهة تجعل الفرد أكثر يقظة أو تحفزاً، ولكن لدى الأطفال الذين يعانون من فرط النشاط الحركي ونقص الانتباه (ADHD) فإن تأثير هذه الأدوية المنبهة يكون على العكس من ذلك، والكلية الملكية البريطانية للأطباء النفسيين (١٩٩٩) تؤكد أنه نادرا ما توصف العقاقير للطفل دون عمر الست سنوات، وعادة توصف هذه العقاقير

(الريتالين) بعد تشخيص دقيق، وملاحظة ضعف الانتباه والتركيز في المدرسة، وعدم اتمام الواجبات المدرسية، والشغب داخل الفصل، وفي المنزل عدم الاستماع للتعليمات، وعبور الطرقات دون أمان، والطفل الذي لا يشارك الأطفال الآخرين، ويتشاجر معهم، وبالتالي يلاحظ الضعف في التحصيل الدراسي، وظهور مشاكل أخرى.

وهذه العقاقير مثل (الريتالين) تؤدي إلى أن يصبح الطفل بعد انتظامه بالدواء، . .

١ ـ أكثر هدوءاً.

٢ ـ أكثر قدرة على التركيز والانتباه.

٣ ـ تزداد قدرته على التعلم والتحصيل الدراسي.

٤ ـ تتحسن قدرته على أداء المهام والواجبات.

٥ ـ تتحسن سلوكياته بشكل عام.

النظام الغذائي والسلوك لدى الطفل:

العلاج بالحمية الغذائية (Dietary Treatment)

لقد حاول العديد من الباحثين إيجاد علاقة بين الغذاء والسلوك وذلك في كل مستوى من مستويات الحياة، وكلنا يعلم بأن هناك أغذية يتم امتصاصها في الجسم مثل القهوة والكافيئين، والبيرة والنبيذ والكحوليات. . . وهذه من شأنها أن تغير من إحساس الفرد ومشاعره ومدركاته وبالتالي تعمل على تغيير سلوكه، ولقد أشارت بعض الدراسات إلى أن فرط الحركة لدى الأطفال ذو علاقة بعملية الاستهلاك الزائدة للمواد السكرية (وخاصة السكر الصناعي)، حيث أنّ أيض السكر وعملية توليد الطاقة تتم لدى طفل فرط الحركة بشكل أسرع من الكربوهيدرات، أو الدهون، أو البروتينات. . . إلا أن دراسات متقدمة استخدمت مقياساً دقيقاً لهذه المتغيرات السابقة ولم تجد علاقة بين امتصاص السكر وأعراض فرط الحركة، ولو أن بعض الباحثين وجدوا أن بعض حالات فرط الحركة قد تكون ذات حساسية تجاه المواد السكرية، بحيث نجد انفجار الطاقة الحركية لدى الطفل بعد تناوله مواد الصودا، أو قضبان السكر، إلا أن ذلك لا ينطبق على كافة حالات فرط الحركة، والعلاقة الوحيدة الدالة التي أوجدها

الباحثون والمتعلقة بالغذاء واضطرابات النمو لدى الأطفال هي حول تأثير الغذاء أو الحمية الغذائية، المتعلقة بمادة الفينيل آلانين (Phenylalanine) في مرض نادر هو بيلة(*) الفينيل كيتونيوريا (Phenylketonuria) (PKU)، وهو من الأمراض الخلقية النادرة، وكذلك مرض الحليب (الغالاكتوزيميا) وفي المرضين كليهما تحدث أعراض تخلف عقلي ونقص معرفي إذا لم تراع الحمية الغذائية. وقد تبين بأن هذا المرض العقلي متعلق بعيب وراثي خلقي (Genetic defect) مفاده أن الفرد (أو الطفل) غير قادر على أيض الحمض الأميني الفينيل آلانين (Amino Acid Phenylala-nine)، مما يؤدي إلى تراكم مواد سامة في الدماغ تعمل على إعاقة الوظائف العقلية (عند رضيع غاب لونه فصار أشقراً).

من ناحية أخرى إن معظم الادعاءات حول علاقة الغذاء بالسلوك وبعمليات النمو لدى الأطفال ذهبت بعيداً وراء الأشياء المنطقية التي يمكن الاعتماد عليها مثل تحديد نوع طعام معين، كالقهوة والسكر والمشروبات الكحولية... وغيرها وما يتبع ذلك من تغيرات في المزاج، وفي حالة اليقظة النشاط، والواقع إن معظم المناصرين للعلاج بالاعتماد على المراقبة الغذائية يدّعون أن معظم الاضطرابات النمائية قد تحدث بسبب الحساسية لبعض الأطعمة مثل اللبن والشوكولا والبيض والذرة والفول السوداني وبروتين حليب البقر... أو بسبب نقص المواد الغذائية الضرورية في عملية الغذاء، ويكون ذلك في أوقات نمو حرجة. والحقيقة أن آباء الأطفال الذين يعانون من فرط الحركة والتوحد واضطرابات النمو وغيرها لا يرون أهمية للحمية الغذائية في علاج هذه الحالات، وإن أفضل ما يمكن معرفته حول ما يسمى بالسلوك الغذائي هو ما يسمى بحمية فاين غولد (Feingold diet) (اسم مؤسسة)، حيث تمّ بعد فترة من القصور في البحث العلمي إجراء دراسات تم فيها ضبط المتغيرات، وكانت النتائج دالة بشكل واضح. وهناك بعض الاتجاهات الطبية التي ترى بأن فكرة اضطرابات النمو لدى الأطفال الناجمة عن حساسية من الصعب التحرّي عنها، كما أنه من الصعب معرفة

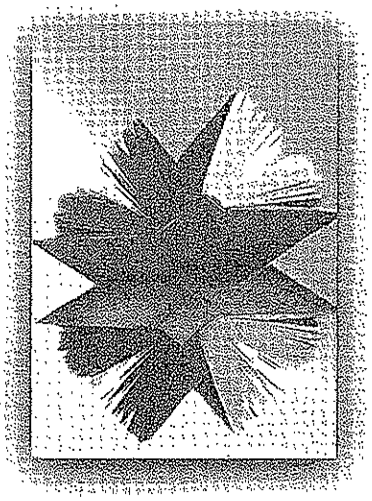
(*) بيلة: مشتقة من بول حيث يزداد حمض الفينيل كيتون يوريا في البول. ترجمة مجمع اللغة العربية بدمشق، والقاموس الطبي الموحد الصادر عن المنظمة العربية للتربية والثقافة والعلوم في تونس.. والبيلة هي العينة التي تؤخذ من بول المريض لفحصه. (المؤلف)

العوامل التي تؤءي إلى ردود فعل حساسية (Allergic Reaction) والتي يكون من أعراضها فرط الحركة، أو أعراض التوحد، أو أعراض اضطرابات النمو، أو الاندفاع بالسلوك، وغير ذلك. . . علاوة على ردود الفعل مثل العطاس والطفح الجلدي، والسعال. . . وهذه الفكرة جعلت بعض الباحثين يرون بأن بعض الأطفال ذوي الحساسية لبعض المواد أو لبعض الأشياء معرضين للإثارة أو للتهيج، مثل الحساسية تجاه تناول بعض الحليب (وبالذات التحسس تجاه بروتين حليب البقر-كما أشرنا في السابق-والذي من أعراضه اسهال أو قيء أو طفح جلدي. . .)، مما قد يؤدي إلى التهابات أو قرحة مؤلمة لدى الطفل. وعلى كل حال، فإن هناك عدة تقارير وشواهد تؤكد على أن تعديل الغذاء يؤثر وبشكل واضح على طبيعة أعراض فرط الحركة والنشاط، أو على أعراض التوحد، أو على قدرات الطفل للتعلم، . . . الخ. وقد تمّ في إحدى الدراسات إبعاد مادة الحليب من طعام بعض الأطفال الذين كانوا يتحسسون منها مما جعلهم عاديّي السلوك، والواقع أن آراء الآباء والأطباء حول علاقة الحساسية باضطراب فرط الحركة لدى الطفل ما زالت بين مدٍّ وجزر، فبعضهم يرى ضرورة الامتناع عن المواد السكرية وخاصة السكرية الصناعية، ويبدو أن بعض السكريات مثل الجلوكوز يمكن أن تؤثر في الوصلات العصبية في المخ وبالتالي تؤثر على نشاط الأفراد المصابين بفرط الحركة، وبعضهم الآخر يرى ضرورة الامتناع عن الحبوب، أو عن المواد ذات الأصبغة والمواد الملونة الاصطناعية، وبعض الكيماويات المثيرة، مع تناوب هذه الأنظمة الغذائية، بحيث يتم إعطاء الطفل كمية بسيطة من الأطعمة لمدة أسبوع أو أكثر، وبعد ذلك يتم نقل الطفل إلى نظام غذائي آخر، ويوجد بعض الأطفال الذين يعانون من الحساسية تجاه بعض الأطعمة، ويفضل معرفة نوع هذه الأطعمة وسحبها من وجبات الطعام للأطفال وذلك في إطار العلاج الغذائي للطفل، لكن لا يوجد حتى الآن دليل واضح على وجود أطعمة معينة، أو نظام غذائي معين يؤدي إلى اضطراب في عمليات النمو، أو يؤدي إلى علاج اضطرابات النمو، عدا بعض الحالات الاستقلابية الخلقية النادرة، ولابد من الأخذ بعين الاعتبار الفروق الفردية بين الأطفال من حيث استجابتهم إلى التغيرات الغذائية، علماً بأن معظم الأغذية غير مؤذية للطفل، ومهما يكن من أمر فإنه يمكن اعتبار النظام الغذائي للطفل الذي يعاني من فرط الحركة (أو غيرها من

اضطرابات النمو) وسيلة وقائية إضافية ودون ضرورة للبرهان على مدى تأثير ذلك على اضطرابات النمو لدى الطفل، والبحث في هذا المجال مفيد لعلاج اضطرابات الطفولة.

الفطريات المهبلية لدى المرأة الحامل واضطرابات النمو لدى الطفل:

يرى بعض الباحثين بأن العدوى بالفطريات التي تفرز بعض الخمائر أو الأنزيمات في مهبل المرأة أو في جهازها التناسلي مثل داء المبيضات البيض (Condidiasis and vaginal yeast infection) - وهي فطريات منتشرة لدى معظم النساء وفي المناطق التناسلية (منطقة المهبل) - وعادة تصاب النساء بهذه الفطريات خلال سنوات الحمل والإنجاب، وبعض النساء لا يعرفن أو لا يعين بأنهن مصابات بهذه الفطريات، وبالتالي لا يبحثن عن علاج لحالاتهنّ لسنوات طويلة (كما يلاحظ من خلال السيرة المرضية للمرأة)، وقد لوحظ انتشار مثل هذه الفطريات لدى أمهات الأطفال الذين يعانون من اضطرابات في نموهم ومن فرط الحركة والتوحد والاندفاعية... وغير ذلك، وبعض الأمهات صرّحن بأنهّ لم يكتشفن هذه الحالة أثناء الحمل واعتبرن ذلك بمثابة اتهام لهنّ، ولكن ذلك لا يعني أن كل أم أصيبت بهذه الفطريات سيعاني طفلها من اضطرابات في نموّه، أو من فرط الحركة أو غير ذلك من اضطرابات طفولية، ومع ذلك ظهرت دراسات في عام (١٩٨٠) وعام (١٩٨٥) أكدت على استفادة الأطفال الذين يعانون من أعراض فرط الحركة والتوحد وغيرها من اضطرابات الطفولة من العلاج الدوائي بمادة النستاتين (Nystatine) كمادة مضادة للفطريات المهبلية التي تصيب الأمهات الحوامل، فقد تبيّن بأن هذه المادة ذات تأثير سلبي على بعض النواقل العصبية التي تساهم في حدوث اضطراب فرط الحركة لدى الأطفال، وقد أشار البعض إلى تأثير مادة النستاتين على الناقل العصبي السيروتونين (Serotonin)، وخاصة من حيث مستوى هذا الناقل في الدم، إلا أن دراسات أخرى لم تؤكد ذلك، وبشكل عام الوقاية من هذه الفطريات المهبلية مفيد لضمان نمو سليم للجنين في فترة الحمل، وكذلك لسلامة الأم الحامل.



الفصل السابع

الأساليب النفسية والسلوكية والتدريبية في علاج حالات أطفال فرط الحركة ونقص الانتباه.

ذكرنا سابقاً أن العلاج الدوائي لحالات فرط الحركة هو علاج مساعد وغير كاف وحده في عملية العلاج، ولابد من توفر أساليب العلاج الأخرى وتضافر كافةً الاتجاهات العلاجية لتحقيق الفائدة المرجوة من عملية العلاج، إذ لابد (في عملية علاج فرط الحركة أو غير ذلك من اضطرابات السلوك لدى الأطفال) من الأخذ بعين الاعتبار الجانب السلوكي والجانب الاجتماعي والعقلي والانفعالي لدى الطفل مع التأكيد على النواحي العملية. إن معظم مشاكل الأطفال (وكما أشرنا في السابق) هي نتيجة لعدم تحقيق تكيف ملائم أو مناسب مع البيئة، ولعدم اكتسابهم الخبرة اللازمة حتى يتمكنوا من التغلب على مشكلاتهم، لذلك لابدّ من أساليب علاجية أخرى إلى جاب العلاج الدوائي مثل الأساليب السلوكية في تعديل سلوك الطفل، والإرشاد الوالدي (Parental Counselling)، والعلاج البيئي لبيئة الطفل وخاصة بيئة المدرسة للحد من المشكلات وتقليلها، وكذلك العلاج الاجتماعي للتخفيف من المشكلات ضد اجتماعية (Antisocial) وغير ذلك من أساليب علاجية سلوكية وتدريبية تفيد في علاج حالات فرط الحركة.

ويرى الطبيب النفسي برونو بتلهايم (Bruno Battleheim) الذي يعمل في مدينة نيويورك، أن حالات فرط الحركة ومعظم الاضطرابات النفسية والسلوكية لدى الأطفال ذات منشأ نفسي-تربوي، وهو يرى بأن الآباء الذين يتحكمون بشدة بأطفالهم وبشكل مسيطر ينتهون في الغالب مع أطفالهم إلى مثل هذه الحالات، والعلاج الفعال من وجهة نظره هو مجموعة من الجلسات العلاجية يتم فيها مقابلة الطفل وجهاً لوجه في مواقف حب وعطف وتشجيع . . . وحتى يتخلص الطفل من حركته الزائدة ويدخل تدريجياً في مرحلة الهدوء والاستقرار، وكذلك تتم مقابلة الأهل ومعلميه، وغيرهم ممن لهم معرفة بالطفل وسلوكه ومشكلته. وقد كنا أشرنا سابقاً إلى وسائل

جمع المعلومات عن الطفل لتحديد مشكلته بشكل دقيق، كما أشرنا إلى أهمية العلاج التكاملي لحالة الطفل، وكيف أن الأهل والأخوة والأقرباء قد يتأثرون بشدة بمشكلة طفلهم، وقد يؤدي ذلك إلى اتجاهات مختلفة داخل أسرة الطفل، أو إلى صراعات ومشاكل بسبب حالة الطفل، كما أن المدرسة تتأثر أيضاً بمشكلة الطفل، وكثيراً ما تحوّل إحباطات المعلمين إلى الأهل، أو تشكو من سلوك الطفل المزعج وبعدم قدرته على التعلم. . . والطفل يصاب بالاحباط لأن مشكلته ليست واضحة بالنسبة له، ومع مرور الوقت يبدأ بتصديق كل ما اتهم به، أو كل ما قيل عن سلوكه السيء، أو عن فشله في دراسته. . . الخ. لذلك من المفيد في بادىء الأمر العمل على إرشاد الطفل وأفراد أسرته وذلك من أجل فهم مشكلته بالشكل الصحيح وعدم المبالغة بردود الأفعال، وكذلك المساهمة الفعالة في عملية العلاج وتغيير مفاهيم وتوقعات أفراد الأسرة تجاه طفلهم المصاب.

الإرشاد الأسري:

تعتبر الأسرة من العوامل الهامة في نجاح العلاج أو فشله، وقد ثبت أن العديد من المرضى الأطفال يتحسنون ليس بسبب العلاج وإنما بسبب تغيّر الأسرة. إن الأسرة تعمل كنظام واحد، والهدف من الإرشاد الأسري تنظيم أدوار الأسرة فيما يتعلق بحالة المريض، وتقوية النظام الأسري في ضوء هذه الحالة، وتدعيم الدور الفردي لكل فرد داخل الأسرة، وتقوية العلاقات الأسرية مما قد يؤثر ايجاباً على حالة الطفل داخل الأسرة. والإرشاد الأسري مفيد في حالة وجود مشكلات انفصال أو تفكك أسري، أو وجود بناء معرفي مشوّش، أو علاقات غير متسقة، فالاختصاصي يلاحظ الأنماط السلوكية الخطأ الموجهة ضد الطفل صاحب المشكلة، وهو قلّما يهتم بالنواحي الفردية بل يتعامل مع أفراد الأسرة ككل وذلك لإحداث التغيير المطلوب في الاتجاه الفكري لأفراد الأسرة نحو مشكلة طفلهم، وإعادة التوازن الأسري، وتصحيح الأخطاء الموجودة، ووقاية الطفل من الوقوع في مشاكل لاحقة، ومن أجل زيادة فهم الآباء لأطفالهم، وكذلك الأخوة والأخوات، فأعضاء أسرة الطفل المريض قادرون بالفعل على مساعدته في جهوده من أجل التغيير (كما أنهم قادرون على عرقلة هذه الجهود)،

وفي بادىء الأمر كان المعالج الطبيب يهتم بعلاج الطفل، والاختصاصي النفسي (أو الاجتماعي) يهتم بمقابلة الوالدين والأسرة. وعلينا ـ كأطباء وباحثين وآباء ومربين ومعلمين ـ أن نكون على علم بأن معظم مشاكل الأطفال الصغار السلوكية والنفسية غالباً ما ترجع إلى مشاكل الكبار وخاصة الوالدين في الأسرة، فالطفل الصغير يقلّد ويتعلم ويتأثر بما يشاهده لدى الكبار من نزاعات أو خلافات أسرية أو تناقض في الأفكار والتعليمات وغير ذلك، فالطفل والأب والأم والأخوة يدخلون جميعاً في علاقات تبادلية، وكل منهم يؤثر في الآخر، وقد ينمّي ذلك لديه خصائصه المرضية التي تزداد شدة مع مرور الأيام. وفي الإرشاد الأسري اتجاهات مختلفة، والاختصاصي بعد تقييمه لنظام الأسرة عليه أن يختار اتجاه إرشاد الأسرة كوحدة، يعني تناول كل أعضاء الأسرة في وقت واحد ومكان واحد ومع معالج (أو مرشد) واحد وفي جلسة واحدة قد تمتد إلى حوالي (٩٠) دقيقة وسطياً، أو يقوم المعالج باختيار إثنين أو أكثر من أعضاء الأسرة، أو أنه يختار واحداً من بين أعضاء الأسرة للإرشاد ويعمل على تغييره على أساس أن هذا التغيير سيفرض على بقية أعضاء الأسرة، والهدف هو إعادة التوازن الأسري وتصحيح الأفكار والاتجاهات الخاطئة في أحد أجزاء الأسرة والتي تنعكس سلباً على الطفل، لذلك على المرشد أن يحدد من هم الأفراد الذين سيخضعون للإرشاد، كما أن عليه أن يحدد نوع التغيير الذي يجب إحداثه عند أعضاء الأسرة، والذي يؤدي إلى أكبر فائدة للطفل (وأقل خسارة وجهد)، وليس من الضروري تواجد أعضاء الأسرة في وقت واحد وجلسة واحدة، ويمكن للمرشد النفسي أن يحدد الأهداف من الجلسة العلاجية؛ هل هي تصحيح بعض الاتجاهات الفكرية الخاطئة نحو مشكلة الطفل؟ أم تغيير أساليب التفاعل بين أفراد الأسرة؟ أم زيادة استبصار الأسرة ككل بمشاكلهم الشخصية التي تؤثر سلباً (أو ايجاباً) على طفلهم الذي يعاني من فرط النشاط والحركة. . ! ويمكن للمرشد النفسي استخدام بعض وسائل التقييم النفسي والاجتماعي (مثل مقياس التوافق الأسري ـ لهيو. م. بل) والاعتماد على المقابلات السريرية، والملاحظات الطبيعية واستخدام (اختبار التوافق الزواجي لوالاس ولوك) أو (استبيان المشاعر الأسرية من وضع لومان). . . الخ. ويجب على المرشد أن يأخذ بعين الاعتبار تمايز الأدوار داخل الأسرة وفقاً للعمر

والجنس، فالمشكلة الأساسية التي تكمن وراء معظم المصاعب الأسرية بسبب اضطراب طفل الأسرة هي انحراف شكل العلاقة بين الطفل ووالديه، فالقضية هي أن الزوجين يريدان إقامة شكل أسري ويصبحان آباء وأمهات ويقومان بأدوارهما في المجتمع الذي يعيشان فيه، ويمكن للطفل المضطرب سلوكياً أو نمائياً أن يعوق هذه الأدوار، ولا توجد أسر خالية تماماً من المشكلات، ونجاح الأسرة في مواقف حياتية جديدة وصعبة يحتاجون إلى تعلم، وخبرات وإرشاد، ومسؤولية المعالج أو المرشد النفسي هي تدريب وتوجيه وتعليم أفراد الأسرة على كيفية تحديد المشكلات ومواجهتها أو علاجها بالوصول إلى حل يرضي كافة الأطراف في الأسرة (إرضاء جزئياً أحياناً)، والمرشد النفسي للأسرة غالباً ما يركز على السلوك الحالي للطفل وعلاقته بأفراد الأسرة، وعلى تفاعلات الطفل مع باقي أفراد الأسرة، وعلى السلوك الظاهري القابل للملاحظة والقياس أكثر من التركيز على السلوك الداخلي والمشاعر الداخلية، ويمكن للمرشد النفسي استخدام الإرشاد الأسري بعد الإرشاد الفردي للطفل المريض، كما أن عليه أن يتأكد من موافقة أعضاء الأسرة على حضور جلسات العلاج على الأقل مرة واحدة في الأسبوع، ورغبتهم في ذلك، ويمكن أن يتعاون أكثر من اختصاصي واحد في علاج أو إرشاد أسرة واحدة، والمرشد في الإرشاد الأسري عليه أن يكون ايجابياً وفعالاً وموجهاً، فهو إذا جلس يصغي بشكل سلبي فإن الأسرة قد تتجاهله ولا تهتم بتعليقاته، وإما أن تجرف المرشد بتعليقاتها دون أن يطرأ عليها أي تغير ملحوظ، كما أن المرشد خلال الجلسة الأسرية قد يشعر بأنه من الضروري أن يطلب من أحد أعضاء الأسرة السكوت، بينما يشجع آخر على الحديث، أو يطلب من ثالث أن يغيّر مقعده ويقترب منه، أو يبتعد حتى لا يتشاجر مع عضو آخر. . . وفي الجلسات الأولى من العلاج يلاحظ المرشد الأنماط السلوكية المضطربة للأسرة وانعكاساتها على الطفل الذي يعاني من فرط الحركة، وعليه العمل على تغيير هذه الأنماط، وقد يتعاون المرشد مع أحد أعضاء الأسرة لكي يساعده في إحداث هذا التغيير المطلوب في بقية أعضاء الأسرة، وفي حالة إرشاد أسرة الطفل الذي يعاني من فرط الحركة ونقص الانتباه غالباً ما يبدأ المرشد بالاجتماع بوالدي الطفل في لقاء ثلاثي يشرح فيه المرشد حالة الطفل، وأعراض هذه الحالة، وعلاجها ومآلها، وخطة العلاج المقترحة، ودور الوالدين في

ذلك، ومن الذي سيقوم بتنفيذ هذه الخطة، وهدف كل خطوة فيها.

وقبل الجلسة الأولى يقوم المرشد بمراجعة كافة المعلومات الواردة من الأسرة والمدرسة والطبيب النفسي وطبيب الأطفال . . . فإذا وجد المرشد أن هناك نقصاً أو ثغرة في هذه المعلومات فعليه أن يتصل بالاختصاصي لتوضيح بعض البيانات، وذلك من أجل نقلها بشكل صحيح وموضوعي لوالدي الطفل، وإذا كانت هناك مشكلات أسرية، أو اجتماعية، أو نفسية، يقوم المرشد بشرح هذه المشكلات وعلاقتها بمشكلة الطفل السلوكية والأكاديمية.

وتكون الجلسة الثانية مع الطفل (أو المراهق) حيث يتم القيام بمراجعة عامة بسيطة لمعظم القضايا التي نوقشت مع الوالدين، وسيكون هناك فرق في مستوى الحديث والحوار وذلك حسب عمر الطفل ومرحلة نموه. . . وعادة ينهي المرشد الجلسة الإرشادية مع الطفل على أنه طفل غير سيء، وغير منحرف، وغير غبي، وأنه سوف يتم التعاون معه وتشجيعه حتى يتحقق التحسن والنجاح، وعادة تكون الحالات من الأطفال التي تخضع للإرشاد أو العلاج من الحالات البسيطة التي قد تستجيب جزئياً إلى الإرشاد والعلاج النفسي السلوكي أو المعرفي.

وفي الجلسة الثالثة يقوم المرشد بالاجتماع مع أفراد الأسرة بالإضافة إلى الأخوة والأخوات (والجد والجدة) . . . ومرة أخرى يقوم المرشد بشرح حالة الطفل وخطة العلاج، والاستماع إلى آراء أعضاء الأسرة ووجهات نظرهم حول مشكلة الطفل، وتصحيح الاتجاهات الخاطئة، وبناء اتجاهات سليمة، وتحديد بعض الأدوار المساعدة في علاج الطفل. وباختصار، تتم توعية أفراد الأسرة وتغيير اتجاهاتهم، وكذلك تغيير الدور الذي كان الطفل يلعبه من وجهة نظر الكبار، فالطفل الذي يعاني من فرط الحركة هو طفل ليس سيئاً في أسرته وليس مسبباً للمشاكل الأسرية والمشاكل المدرسية، وهو ليس متخلفاً عقلياً أو معوقاً، وأن هناك أسباباً واضحة لقيامه بهذه التصرفات، وكذلك هناك وسائل للعلاج.

ويشير المرشد الأسري إلى أهمية مساعدة الوالدين والأخوة في عملية العلاج، وفي تحمّل تصرفات طفلهم. مع توضيح أن هذه التصرفات تزول تدريجياً عندما يبدأ العلاج، ويمكن خلال هذه الجلسة أن يتعرف المرشد على ديناميكية أفراد الأسرة، وهذه الجلسات

الثلاث مفيدة في خفض حيرة الوالدين والأخوة وقلقهم، وتشجيعهم على المساهمة في عملية العلاج، وكذلك الوقاية من مشكلات جديدة قد تحدث، وقد تستمر جلسات العلاج الأسري لفترة طويلة في حدود (٨ ـ ١٠) جلسات أسرية، وقد يكون من المستحسن للوالدين أن يخضعا إلى جلسات علاج لوحدهما ـ أو معاً، وأن يخضع الطفل إلى علاج فردي (الحالات غير الحادة)، وأن تخضع الأسرة ككل إلى جلسات إرشاد أسرية. ويدخل في إطار الأرشاد الأسري توعية الأسرة بأهمية العلاج الدوائي للطفل، وضرورة تناول الدواء بانتظام، كما أن الطفل يمكن أن يتدرب بمساعدة والديه وأفراد أسرته على بعض المهارات الاجتماعية من أجل زيادة قدرته على التعامل مع البيئة الاجتماعية، مثل الاستماع لحديث الآخرين، والتواصل البصري، وطريقة الجلوس، وطريقة الوقوف، وأخذ المبادرة في الحديث والاستمرار فيه... الخ. وقد يفيد العلاج النفسي المعرفي في إطار الإرشاد الأسري. وعادة ينهي المعالج جلساته بتوصيات مكتوبة للوالدين تتعلق بضرورة الالتزام بخطوات العلاج وعدم القسوة على الطفل ومتابعتة حالته والتعاون مع المدرسة وعدم تكليف الطفل بمهام أكبر من قدراته... الخ.

الإرشاد المدرسي:

تعتبر المدرسة بنظمها وبيئتها، والمعلم المعد إعداداً تربوياً ونفسياً جيداً من العوامل الهامة في عملية علاج حالات فرط الحركة ونقص الانتباه، فالمعلم الجيد لم تعد مهمته تلقين المعلومات للطفل، وإنما معرفة قدراته العقلية وأوضاعه النفسية والأسرية والصحية، وكذلك العمل على إرشاد وتوجيه التلاميذ وإدراك الفروق الفردية بينهم وتأمين التواصل مع الأسرة بمساعدة الأخصائي النفسي أو الأخصائي الاجتماعي في المدرسة، أو الإداريين في المدرسة مما يساعد على إيجاد أفضل تعاون مدرسي أسري، وأفضل بيئة تعليمية للطفل، مع ملاحظة الطفل، ورصد سلوكياته واختيار المعززات المناسبة له وتعديل سلوكه... مما يزيد من ثقة الطفل بنفسه، ويشعره بالأمن والطمأنينة والتقبل، دون خوف أو ضرب أو تهديد أو انفعالات... بالإضافة إلى ضرورة أن يعي المعلم حالة الطفل الصحية، والآثار الجانبية للأدوية التي يتناولها الطفل، والعلاجات التي تقدم للطفل، مما قد يؤثر على استجابة الطفل لعملية التعلم، لذلك

ينصح دائماً بالنسبة لأطفال فرط الحركة أن يجلسوا في الصفوف الأولى من مقاعد الفصول وذلك للتقليل من تأثير المثيرات التي قد تؤدي إلى شرود الطفل، وتوفير الهدوء قدر المستطاع، وكذلك الإشراف على الطفل عند خروجه من الفصل، أو عند تواجده في ممرات المدرسة، وأثناء تناول الطعام، أو القيام برحلة. وعلى المعلم أن يهتم قدر المستطاع بالوسائل الحسية والعملية ويتأكد من أن الطفل فهم المطلوب منه لانجاز واجباته المدرسية في المنزل، وإذا أخطأ الطفل على المعلم التزام الصبر والهدوء والتنويه للطفل بأنه أخطأ، مع تجنب الدخول مع الطفل في مجادلة كلامية، وعلى المعلم اعتماد أسلوب التعزيز والمكافأة أو الحوافز وأسلوب الحزم أحياناً (دون أسلوب العقاب) إذا أراد تعديل سلوك التلميذ الخاطيء، ولابد للمعلم أن يعلم بأن سلوكيات الطفل هي بسبب اضطراب وظيفي عصبي لا دخل للطفل كلياً بها، وأن هذه السلوكات قد تكون أحياناً لا إرادية أو لا واعية. . . (سوف نشير فيما بعد إلى دور المعلم داخل المدرسة).

تعديل سلوك الطفل:

تستخدم طريقة تعديل السلوك بالنسبة للحالات الخفيفة وليست الحادة، كما أشرنا في السابق، وفي عملية تعديل سلوك طفل فرط الحركة ونقص الانتباه، من المفضّل على الاختصاصي النفسي السريري عدم وصف مشكلة الطفل أو سلوكياته بشكل عام، فإذا تبيّن من التشخيص أن الطفل يعاني مثلاً من تخلف دراسي أو من صعوبات في مجال التعلم وجب علينا معرفة نوع هذا التخلف، أو نوع هذه الصعوبات وفي أية مادة دراسية، وما هو سبب ذلك. . . وكذلك الحال عند وصف الطفل بأنه يعاني من اضطراب فرط الحركة، هذا أيضاً كلام عام، فطفل فرط الحركة ونقص الانتباه يتصف بالاندفاع بالسلوك، ونقص الانتباه والشرود والعدوان أحياناً. . . ولكن هذه الصفات أيضاً غير محددة من خلال الواقع الموضوعي الذي يعيشه الطفل، ومن المفضل للاختصاصي النفسي معرفة أن هذا الطفل الذي يعاني من فرط الحركة على سبيل المثال (يضرب زميله في الصف، ويكسر أدواته الدراسية، ويعبث بأثاث المنزل، ويستخدم ألفاظاً بذيئة، ويشعل النيران ويرفض الذهاب إلى المدرسة، ولا يبالي بالتعليمات التي توجه إليه. . . الخ) وهكذا نكون قد أشرنا إلى سلوكيات نوعية ومحددة لاضطراب

فرط الحركة ونقص الانتباه لدى الطفل (س)، ومن شأن هذه السلوكيات أو المظاهر أن تختلف من طفل لآخر في النوعية، وفي الشدة، وفي الديمومة. . . وهذه السلوكيات هي التي تكون في الغالب موضع علاج من الاختصاصي النفسي السريري، وبشكل عام على الاختصاصي الذي يسعى إلى علاج حالات فرط الحركة معرفة أو تحديد الخطوات التالية اللازمة من أجل تعديل سلوك الطفل، وذلك في ضوء البيانات التي جمعت حول مشكلة الطفل من أسرته ومعلميه وطبيبه الخاص، وكذلك في ضوء الأعراض السلوكية التي يعاني منها الطفل.

١ ـ على الاختصاصي تحديد السلوك المحوري أو السلوك الذي سيكون هدفاً لعملية العلاج أو لعملية التعديل، وهو السلوك الذي يتفق المعالج والمعلم وأسرة الطفل والطفل على أنه السلوك الواجب تعديله لتحقيق العلاج، مثلاً، ليس لدى الطفل القدرة على التواصل البصري، ليست لديه القدرة على التعبير عن أفكاره، يكذب، عنيد، يهرب من المنزل. . . إلخ.

٢ ـ قياس مدى تواتر هذا السلوك المستهدف أو السلوك المحوري، ومقدار انتشاره أو شيوعه، أو عدد مرات ظهور هذا السلوك، خلال (٢٤) ساعة، أو خلال أسبوع، أو خلال شهر، وبالاعتماد على ملاحظات الوالدين والمعلمين والممرضين أو الاختصاصي الذي يشرف على علاج الطفل، أو بالاعتماد على استمارات وسجلات خاصة معدّة لهذا الغرض، بحيث يمكن للاختصاصي تحديد ما يسمى بالخط القاعدي لحد انتشار أو تكرار السلوك، وهو عدد مرات تكرار السلوك خلال مدة زمنية محددة وتحت ظروف معينة، وقبل عملية العلاج. إن تحديد الخط القاعدي لا شك يفيد في معرفة مدى فاعلية طرائق العلاج فيما بعد، كما يفيد في مجال البحث العلمي، وعادة ما يشير تواتر السلوك لدى الطفل إلى قوة هذا السلوك وكونه يمثل عادة قوية لدى الطفل ـ بغض النظر عن مثيرات هذا السلوك والمكاسب الثانوية التي يمكن أن يحققها الطفل من جراء تكرار هذا السلوك ـ وهناك استمارات خاصة يسجّل فيها حدوث السلوك لدى الطفل خلال (٢٤) ساعة، أو خلال مدة أسبوعين، أو شهر، وذلك لمعرفة التغيرات التي تطرأ على سلوك الطفل خلال فترات زمنية مختلفة، والنماذج التالية من الاستمارات توضح ذلك:

دولة الإمارات العربية المتحدة - أبو ظبي

مستشفى الطب النفسي

وحدة علم النفس السريري

استمارة تسجيل السلوك خلال فترة (٢٤) ساعة:

إعداد الدكتور فيصل محمد خير الزراد

اسم الطفل:

العمر:

اسم الملاحظ:

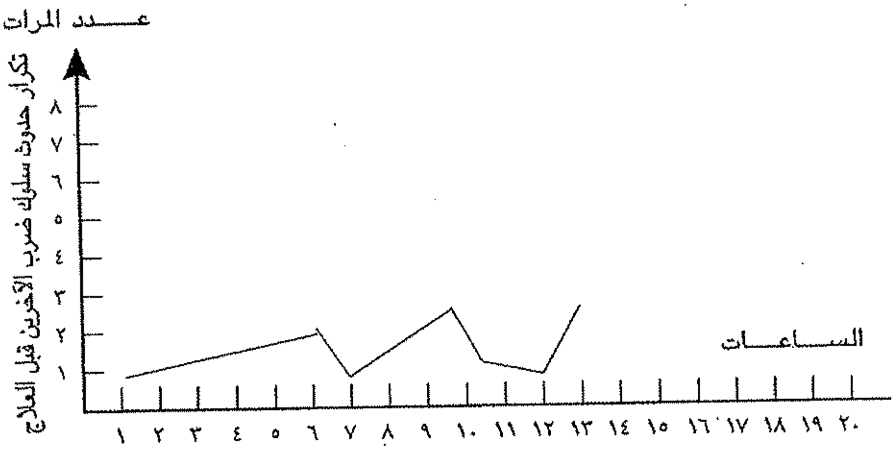
التاريخ:

التعليمات:

يرجى وضع إشارة (✓) كلما ظهر السلوك المشار إليه فيما يلي وبشكل واضح، وخلال كل ساعة وعلى مدار (٢٤) ساعة من الملاحظة، وكذلك وضع إشارة (X) إذا لم يظهر السلوك. عليك الدقة في عملية التسجيل، ولا تدع أي ساعة تمر دون ملاحظة السلوك. شكراً لجهودك.

السلوك الملاحظ	(ساعات الملاحظة)																							ملاحظات
	١	٢	٣	٤	٥	٦	٧	٨	٩	١٠	١١	١٢	١٣	١٤	١٥	١٦	١٧	١٨	١٩	٢٠	٢١	٢٢	٢٣	٢٤	
ينتقل من عمل لآخر دون مبرر	X	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	X	X	✓	X	X												
ينشغل بنفسه	X	X	X	✓	X	✓	X																		
يقفز على الأثاث	X	✓	X	✓	✓	X																			
يتلف الأشياء	X	X	✓	X	X	✓	X	X	X																
يضرب الآخرين	X	X	X	X	X	X	✓	X	X																
يخرج من الغرفة (غرفة الصف)	✓	X	X	✓	✓	X	X	X	X	✓															
لا يلعب مع الآخرين	✓	X	✓	✓	✓	✓	✓																		
يهرب من المنزل	X	X	X	X	✓	X	✓	X	X	X	✓														

وبعد ذلك يتم حساب تكرارات السلوك خلال (٢٤) ساعة (أي فترة الصحو وفترة النوم)، ثم حساب النسبة المئوية للتكرارات، مما يلقي الضوء على شدة السلوك، أو قوة العادة لدى الطفل، ويمكن تمثيل ذلك بالرسومات البيانية التي تمثل بدورها الخط القاعدي لتكرار السلوك المراد تعديله وذلك على النحو التالي:



(فترات الملاحظة بالساعة أو بالأيام)

ويمكن أن تأخذ استمارة الملاحظة شكلاً آخر يتضمن فترة الملاحظة الصباحية، وفترة الملاحظة بعد الظهر، وفترة الملاحظة المسائية، لعدة أيام، ويفيد ذلك في معرفة نسبة تكرار السلوك خلال فترات زمنية محددة، ومن أجل تفسير ذلك، واتخاذ الاجراءات العلاجية اللازمة بالتعاون مع الأسرة (وخاصة في فترات المساء وبعد الظهر)، وغير ذلك. وتكرار السلوك يشير إلى شدته أو إلى قوة العادة، وهذا يجعل المعالج أو الاختصاصي يتوقع مدى مقاومة هذا السلوك، أو هذه العادة للعلاج والتعديل، فهناك شبه علاقة طردية بين قوة السلوك المضطرب وصعوبة العلاج.

٣ - معرفة الظروف المحيطة بالطفل والتي سبقت ظهور أعراض فرط الحركة لديه، وما تبع ذلك من لواحق أو استجابات من الطفل بعد ظهور الإضطراب. بمعنى آخر، على الاختصاصي تحديد سوابق ولواحق السلوك المضطرب لدى الطفل.

مثلاً، لوحظ بأن الطفل قبل أن يتلف الأشياء كانت أمه تهتم بأخيه، أو لم تسمح

له بمشاهدة التلفزيون (برامج الأطفال) أو قامت بضربه والقسوة عليه، . . . الخ. وهذه السوابق واللواحق تفيد في معرفة الاستجابات البيئة لسلوك الطفل، إذ يهم الاختصاصي النفسي والطبيب النفسي، وكذلك المعلم، وطبيب الأطفال وغيرهم معرفة ما سبق سلوك الطفل وشكواه، ومتى حدث هذا السلوك؟ وكم مرة تكرر في اليوم؟، وكم استغرق من الوقت؟ وكيف استجاب الآخرون لذلك؟ وما هي المكاسب التي حققها الطفل من وراء سلوكه؟ وأية ملاحظات أخرى مرتبطة بسلوك الطفل المضطرب، وعادة يتم تحديد ذلك بدقة وموضوعية، وتسجيله في سجلات أو استمارات خاصة تكون منظمة على النحو التالي:

دولة الإمارات العربية المتحدة ـ أبو ظبي
مستشفى الطب النفسي
وحدة علم النفس السريري

استمارة سوابق ولواحق السلوك الذي يقوم به الطفل:

إعداد الدكتور فيصل محمد خير الزراد

اسم الطفل:
العمر:
الاختصاصي:
التاريخ:

السلوك المضطرب	تاريخ حدوثه	الوقت الذي يستغرقه	تكراره في اليوم	ما حدث قبل السلوك	مكاسب الطفل	ملاحظات لها علاقة
١ ـ ضرب أو عدوان ٢ ـ بكاء وصراخ ٣ ـ رفض التعليمات ٤ ـ تحطيم الأشياء ٥ ـ صراخ ٦ ـ قلة الحياء ٧ ـ لامبالاة ٨ ـ الجلوس خارج المنزل ٩ ـ القفز على الأثاث ١٠ ـ يضع الأشياء في فمه ١١ ـ	٩٨/٦/١٢	٤ دقائق	٦ مرات	ـ رفض الطلب ـ التوبيخ ـ بعد مشادة ـ ضرب الطفل ـ اللعب مع الأخوة ـ الانشغال عنه ـ حرمانه من التلفاز ـ	ـ جذب الانتباه ـ جذب الاهتمام ـ مضايقة الكبار ـ عدم الذهاب للمدرسة ـ عقاب لأحد الأخوة ـ تغيير مكان النوم ـ الانتقام من الفرد الكبير القاسي ـ ...... ـ عقاب الذات ـ الحصول على أشياء	ـ مولود جديد ـ مشكلات أسرية ـ شكاوى ـ رسوب في المدرسة ـ زواج حديث ـ أيام عطلة ـ الإصابة بمرض عضوي ـ ....

٤ ـ يقوم الاختصاصي النفسي بعد ذلك وفي ضوء المعطيات حول مشكلة الطفل بوضع برنامج عملي للعلاج، ويستهدف البرنامج علاج السلوك المحوري أو المستهدف الواجب علاجه، وكذلك تحديد أهداف العلاج واتجاه هذه الأهداف من الناحية الإيجابية، ويتم إشراك الوالدين والطفل والمدرسة في وضع البرنامج وفي استخدام كافة الطرق الإرشادية، والتربوية والتعليمية والتدريبية، والسلوكية لعلاج السلوك المضطرب وتعديله بالسلوك المطلوب. من الأهداف على سبيل المثال: زيادة نسبة إصغاء الطفل عوضاً عن المجادلة أو إلقاء الأسئلة، زيادة مدة جلوسه على الكرسي، جعله يعمل على إنهاء المهمة التي يكلف بها، . . . الخ.. ومن الطبيعي أنه لابد من تشجيع الطفل وحثّه على القيام بالسلوك وذلك باستخدام جداول التعزيز المناسبة للطفل (س)، واختيار المعززات التي تهم الطفل وتثير لديه الدافعية نحو القيام بالسلوك المطلوب، وهذه المعززات منها ما هو مادي ومنها ما هو معنوي، ومنها الاجتماعي، ومنها الأنشطة، والممتلكات للطفل وغيرها مع ملاحظة أن الطفل غالباً ما يستجيب للمعززات المادية مثل الأطعمة والألعاب وغيرها أكثر من المعززات المعنوية أو الاجتماعية، وكمثال على هذه المعززات:

١ ـ الابتسامة للطفل وإبداء الإعجاب

٢ ـ التربيت على الكتف وإظهار الود والحب.

٣ ـ استخدام كلمات التشجيع معه.

٤ ـ الذهاب إلى حفلة.

٥ ـ الذهاب في نزهة بصحبة الأسرة أو مع الطفل فقط.

٦ ـ الذهاب إلى السوق.

٧ ـ الذهاب إلى أماكن اللهو.

٨ ـ مساعدة الأم في عملها

٩ ـ اللعب مع الأب أو الأم.

١٠ ـ نشاط الرسم.

١١ ـ نشاط الصيد.

١٢ ـ نشاط السباحة.

١٣ ـ ممارسة الأنشطة الرياضية.

١٤ ـ قيادة الدراجة.
١٥ ـ مشاهدة التلفزيون.
١٦ ـ إطعام الحيوانات.
١٧ ـ قراءة قصة للأطفال.
١٨ ـ مشاهدة فلم فيديو.
١٩ ـ ركوب حصان.
٢٠ ـ شراء ملابس / ساعة
٢١ ـ شرء أقلام / أدوات مدرسية
٢٢ ـ تقديم عصير / شوكولاه / أطعمة / شاي
٢٣ ـ ممارسة التصوير.
٢٤ ـ الامتثال لطلبات الطفل.
٢٥ ـ معززات أخرى....

ويمكن الحصول على المعززات من أسرة الطفل بالاستعانة باستمارات خاصة لهذا الغرض (انظر الملحق) وتستخدم هذه المعززات لتعزيز كل سلوك إيجابي يقوم به الطفل، وكلما تخلّى الطفل عن سلوكه المضطرب القديم وحلّت محله سلوكات إيجابية، أي أن التعزيز يقدم للسلوك الايجابي، وكذلك للتخلي عن السلوك السلبي، ويمكن أن يعطى الطفل من والديه، أو معلميه نجمة زرقاء أو نجمة خضراء أو صفراء، بحيث يكون لكل لون درجة معينة، وعلى الطفل أن يقوم في نهاية اليوم، أو نهاية الأسبوع بتحصيل أكبر عدد من الدرجات يتم استبادلها فيما بعد بمعززات مادية مباشرة يختارها الطفل حسب رغبته، وتؤدي به إلى السرور والراحة وتعمل على تثبيت السلوك الجديد الايجابي خشية الانطفاء أو الزوال . . . (انظر طرق العلاج السلوكي فيما بعد) والمعلم الناجح، أو الأسرة الناجحة هي التي تستطيع أن تحدد نوع المعززات التي يستجيب الطفل لها دون غيرها.

٥ ـ على الاختصاصي أو المعالج تشجيع الأسرة من أجل توفير شروط جيدة تساعد الطفل على القيام بالسلوك الايجابي، عوضاً عن عقوبة الطفل، وضربه، أو تخويفه، أو حرمانه، وينصح بأن يتم التركيز على السلوك الجديد الايجابي، وعدم التركيز على

السلوك السابق السلبي، مثلاً إذا استمر الطفل في سلوكه الايجابي لمدة وسطية (٢٠ - ٣٠) دقيقة فإن الأهل يمتنعون عن التأنيب والنقد، ويتم تبادل الحوار بهدوء مع الطفل خلال الجلسات العائلية عن ايجابيات الطفل، ويتخلل ذلك بعض التشجيع والمدح، والقرب من الطفل. . . ويمكن للاختصاصي أن يقسم كل سلوك إلى سلوكات فرعية، أو إلى خطوات يتم فيها تشجيع كل خطوة على حدة، فإذا جلس الطفل على الكرسي بهدوء ولمدة (١٠) دقائق مثلاً، أو إذا لم يظهر عليه العناد والبكاء لمدة (١٥) دقيقة أيضاً. . . وهكذا يتم تعزيز هذه الخطوات مباشرة دون تأخير كبير، ويمكن بعد ذلك زيادة هذه المدة تدريجياً، وعادة ما يتم وضع برنامج للطفل يتضمن واجبات صغرى، أو بعض الأنشطة البسيطة التي تنتهي دائماً بالنجاح، ويتم (كما ذكرنا) إثابة الطفل على كل خطوة يقوم بها بنجاح في البرنامج، ومن هذه الأنشطة أو الواجبات المفيدة والهادفة لجذب انتباه الطفل وتهدئة سلوكه والتي يمكن تعزيزها، ما يلي:

١ - الاستيقاظ باكراً وتنظيف الأسنان والوجه والإفطار.
٢ - الذهاب إلى المدرسة بدون تأخير.
٣ - ترتيب الكتب وأدوات الدراسة ووضعها في مكانها.
٤ - حفظ الدروس وكتابة الواجبات المدرسية.
٥ - قراءة قصة، أو مجلة، أو رواية قصة.
٦ - تنظيف الحجرة والسرير.. أو المساعدة في ذلك.
٧ - إعداد كأس من الشاي أو القهوة أو إحضار ذلك.
٨ - التعاون مع أحد أفراد الأسرة في أداء عمل ما.
٩ - الكتابة بخط واضح.
١٠ - المساعدة في تنظيف السيارة.
١١ - الاستحمام والنظافة.
١٢ - التذكير بموعد معين.
١٣ - الاهتمام بأخيه الأصغر.
١٤ - الاستماع إلى أغنية.
١٥ - الاصغاء إلى الحديث دون مقاطعة.
١٦ - تشغيل الراديو أو التلفزيون.

١٧ ـ اشعال أو إطفاء الأنوار.
١٨ ـ غسيل بعض الملابس بمساعدة والدته مثلاً.
١٩ ـ الجلوس مع جماعة وتبادل الأحاديث.
٢٠ ـ المشاركة في تناول الطعام.
٢١ ـ ... وهكذا. ويمكن الاحتفاظ بسجل يومي لذلك.

٦ ـ على الاختصاصي تشجيع الطفل لنقل ما تعلمه من سلوكيات إيجابية إلى مواقف الحياة الطبيعية خارج الأسرة، أي المدرسة، أو إلى النادي، أو إلى المجتمع . . . وغير ذلك (أي نقل أثر التعلم والتدريب عن طريق تعميم السلوك الايجابي المتعلَّم) وهذا يتطلب بدوره التشجيع، ولعب الأدوار، والقدرة على التعبير، وتأكيد الذات دون خوف، ويمكن أن يكون ذلك ـ في بادىء الأمر ـ تحت اشراف الاختصاصي أو المعالج وعن طريق ما يصله من تغذية راجعة (Feedback) عن الطفل من أسرته ومعلميه وذويه . . . ويفيد هنا متابعة الطفل بعد تنفيذ برامج العلاج وتعديل السلوك .

دور الثواب (المكافأة) والعقاب في تعديل سلوك الطفل:

تؤكد الدراسات النفسية والتربوية على أن عملية التعزيز أو تقديم المكافأة للطفل تقوّي عملية التعلم والاكتساب، وتزيد من احتمال تكرار أو ظهور السلوك الايجابي المطلوب، وعلى العكس فإن العقوبة تضعف السلوك من حيث التكرار أو من حيث احتمال ظهوره ثانية. لأن الفرد يتجنب السلوك الخاطىء من أجل أن يتفادى العقوبة. والعقوبة الشديد قد تولّد لدى الطفل اتجاهاً نحو ترك الموقف الإرشادي أو العلاجي ككل، أو إعادة السلوك الخاطىء بعناد، بالرغم من معرفته أنه سينال العقوبة بعدها، وغالباً ما يستخدم الأطفال طريقة الهرب من الموقف (موقف التعلم مثلاً) إذا كان جو المدرسة (أو الأسرة) مشحوناً بالتوتر والتهديد والعقاب... حتى أن بعض الأطفال يحاولون الهرب نفسياً من المواقف العقابية المتشددة ويكون ذلك عن طريق أحلام اليقظة والاضطرابات السلوكية والإفراط في النوم والنسيان وما شابه ذلك... مما قد يؤدي إلى عدم التوافق المدرسي، وإلى مشاكل للطفل وذويه. ويتعلّم الطفل أن أداء الواجبات المدرسية يؤدي إلى النجاح وتفادي النقد واللوم والإحساس بالدونية، وأن اتباع السلوك الاجتماعي الصحيح يجنب الفرد النقد الاجتماعي والسخرية أو العقوبة، كما ويتعلم أهمية الاستماع إلى تعليمات الكبار حتى تتم تلبية احتياجاته.

وبشكل عام، فإن العقوبة قلّما تفيد في تعديل سلوك الطفل، وإن أدت إلى ذلك فمؤقتاً، وعن غير قناعة ورضا وإرادة الفرد (أو الطفل)، ثم أن الانتكاس وارد جداً، كما أن بعض الأطفال يألفون فيما بعد العقوبة التي ينالها الطفل بشكل فوضوي، ويصبح لديهم نوع من العناد أو الانتقام من الكبار، وعلماء النفس يعتبرون حالياً أن عقوبة الطفل قد يترتب عليها مضاعفات نفسية وعقلية واجتماعية، تترك أثراً سلبياً في شخصيته وقدراته ومستقبله كشاب أو كفرد في المجتمع، كما يعتبرون أن المسؤولية في ذلك تقع على الأهل والمعلمين لأنهم لم يتمكنوا من فهم حاجات الطفل وسلوكياته

بالشكل الصحيح، هذا علاوة عمّا أشرنا إليه في السابق. إن التحليل الدقيق لمشاكل الأطفال يجعلنا ندرك تماماً أنها بسبب الكبار وسوء وعيهم أو تربيتهم أو سوء توجيههم للصغار، فالكبار مسؤولون عن مشاكل أطفالهم. إن العديد من حالات الأطفال التي تأتي إلى العيادة الخارجية في مستشفى الطب النفسي ترجع بالدرجة الأولى إلى تفكك أسري وخلافات بين الزوجين، وقلق وتوترات ومخاوف لدى الكبار قبل الصغار، لهذا يكون الاخصائي النفسي حريصاً دائماً على فهم هذه الملاحظة والتأكيد على أهمية الإرشاد الأسري لآباء الأطفال.

وتؤكد الدراسات النفسية المتقدمة أن معظم الأطفال الذين يعانون من اضطرابات في نموهم قلّما يصلح معهم استخدام أسلوب العقاب (ولا يعني ذلك عدم التوجيه أو الحزم)، وأساليب الضرب والقمع والتهديد والحرمان وما شابه ذلك، لعدة أسباب، أولها: الخوف من المضاعفات النفسية والسلوكية (كما ذكرنا سابقاً)، وثانيها امكانية الاختصاصي الاعتماد على أساليب المكافأة والتشجيع أو الثواب، فهناك مؤشرات علمية عديدة على أن ما يمكن أن تفعله العقوبة أحياناً من تعديل السلوك يمكن فعله بالتشجيع والمكافأة والحوار، ولا ننسى أن خبرات الطفل ما زالت محدودة، وتأثير الكبار عليه كبير، وبامكانهم صياغة سلوك الطفل وتشكيله كما يريدون وبالشكل الصحيح دون اللجوء إلى العقاب أو التخويف وما شابه ذلك... هذا إذا أمكن للكبار فهم الطفل واحتياجاته وكانت لديهم خبرات حول ذلك. والسبب الثالث هو أن معظم الأطفال الذين يعانون من اضطراب في نموهم وفي قدراتهم يجعلهم إلى حد ما يسلكون حياتهم بشكل اندفاعي، لا إرادي، أو غير واع دائماً، وبعض الباحثين يرون ضرورة اللجوء إلى أسلوب معقول من الحزم (وليس العقاب) وذلك إذا فشلت أساليب المكافأة أو التعزيز أو ما شابه ذلك، فبواسطة استخدام المعززات المطلوبة يمكن تعديل السلوك التربوي والاجتماعي والأسري للطفل، والتعزيز الموجب وسيلة ناجحة للتحكم بسلوك الطفل وضبط عملية التوجيه والعلاج لديه، فإذا قام بسلوك ما وتبعه حالة من الرضا والسرور بسبب المكافأة أو المعزز مال الطفل إلى تكرار السلوك، وتدريجياً يتعلم الطفل التمييز (Discrimination) بين السلوك الذي يؤدي إلى المكافأة (أو إلى تلبية حاجة الطفل) والسلوك الذي لا يؤدي لذلك (أو الذي أدّى أو

يؤدي حالياً إلى العقوبة)، ويهم المعالج الحفاظ على السلوك الصحيح والجديد خشية الزوال أو الانطفاء، لذلك على أهل الطفل والمعلمين والمشرفين على رعايته أن يستغلّوا ذلك لإحداث السلوكات المناسبة لدى الطفل، ومما لا شك فيه أن الآباء والمعلمين والكبار حول الطفل يمثلون السلطة والقوة التي تولد الخوف لديه، وتمثل لدى الطفل شيئاً يجب تجنبه، فتوقع العقاب من الكبار يولّد الإحساس بأنهم مصدر تهديد وخوف له، لذلك يحاول تجنب الكبار، ويكون ذلك إما بالخجل، أو الانطواء، أو بالثورة والعدوان عليهم، أو بالعناد، وبالتالي فإن عدم إحساس الطفل بالأمن والمحبة والعطف يُضعف علاقته مع الكبار مما يجعل أي عمليات إرشاد أو علاج لسلوك الطفل فاشلة (ولأن العلاقة العلاجية هي أساس الإرشاد والتوجيه والعلاج)، لذلك فإن الإحساس بالمحبة والتقبل والفهم يترك لدى الطفل أثراً إيجابياً في علاقته بوالديه أو بمعلميه أو بالاختصاصي الذي يشرف على علاجه، وكذلك أثراً ايجابياً في علاقة السلوك بالمعزز أو بالمكافأة، مما يطوّر لدى الطفل العادات الحسنة ويكون ذلك بشكل تدريجي وعلى مراحل.

بناء مدرج المعززات أو المكافآت:
(Construction a reward hierarchy)

أشرنا في السابق إلى كيفية التعرف على المعززات التي يهتم بها طفل ما (س)، وتحديد هذه المعززات من خلال الأسرة والمدرسة وبالاعتماد على الأسئلة الموجهة لأسرة الطفل، وتسجيل هذه المعززات على اختلاف أنواعها في سجل خاص. بعد ذلك يقوم المعالج أو الاختصاصي بتحديد نظام تقديم المعززات (أو المكافآت)، مع الأخذ بعين الاعتبار الفروق الفردية بين الأطفال، وبعد التعرف على المعززات يمكن للمعالج البدء بقائمة المكافآت المكونة من الأطعمة (Foods)، ثم المعززات التي تتضمن الأنشطة السارة أو المبهجة، مع إتاحة الفرصة للطفل للتفاعل مع موضوعات محددة. في بادىء الأمر يتم تأجيل المكافآت الاجتماعية مثل القول للطفل بأنه طفل كبير، وأنه يقوم بعمل جيد... الخ، وذلك لأن مثل هذه المعززات الاجتماعية لا تساعد في بادىء الأمر على استقطاب اهتمام الطفل وبناء علاقة حميمة معه، ويجب

التذكير باستمرار بما يفكر به الطفل في الواقع، والقيم الغالبة على سلوكه وليس بما نفكّر به نحن الكبار، ويتم عادة اختيار قائمة قصيرة من المعززات تتضمن معزّزين أو أكثر تقدم بأحجام صغيرة، وبكميات مقاسة، ويجب أن تسبق المعززات التي تشبع الحاجات الأولية لدى الطفل الحاجات الاجتماعية، ويفضل اتباع الترتيب التالي في تقديم المعززات:

١ - الأطعمة المفضلة للطفل.

٢ - الأنشطة المفضلة للطفل.

٣ - ثم المثيرات الحسيّة مثل التصفيق والدغدغة والربت على الكتف.

٤ - إنهاء أو إزالة بعض الأنشطة أو الأعمال التي لا يرغب فيها الطفل

٥ - المعززات المعنوية مثل التشجيع والابتهاج، والمدح اللفظي، والابتسامة، وطريقة الاقتصاديات الرمزية.

٦ - ويمكن في النهاية تدريب الطفل على تأجيل المعزز أو حالة الإشباع أو المسرة، وكذلك البدء بالمعززات الاجتماعية والأسرية مثل مشاهدة التلفاز، واللعب، والذهاب بنزهة... الخ.

وفي العادة تترك الحرية للاختصاصي في اختيار الترتيب المناسب حسب حالة الطفل.

لكن وبشكل عام يستجيب الأطفال إلى المعززات التي تعتمد على الأطعمة (أكثر من الكبار)، يلي ذلك المعززات المادية الحسّية مثل الدمى التي يلعب بها الأطفال، ولكن ذلك لا يعتبر قاعدة عامة، فقد تكون الدمية لدى بعض الأطفال أكثر تدعيماً أو تعزيزاً من الطعام.

من ناحية أخرى، يجب أن تستخدم هذه المعززات باقتصاد أو بشكل محدود وضئيل، والواقع أن المعززات الاجتماعية قد تكون محدودة بالنسبة للطفل الذي يعاني من فرط الحركة أو التوحد، أو نقص الانتباه، أو الانطواء... حيث أن الطفل قد لا يعي أو لا يدرك أو يتنبه إلى الإطراء الاجتماعي اللفظي، وقد يجد الطفل بأن عملية الربت على الوجنة ذات أهمية أكبر من الإطراء اللفظي، ويتدرب الطفل تدريجياً على الاستجابة لهذه المعززات ولو كانت رشفة من عصير التفاح، ولا ننسى بأن كلمات

التشجيع والتحميس (من حماسة) مثل عبارة (طفل جيد) يمكن أن تفيد أيضاً، وبعض الدراسات حول أطفال فرط الحركة والتوحد واضطرابات النمو تفيد بأن مثل هذه الحالات يمكن أن تستجيب إلى المنبهات السمعية التي يمكن أن تؤدي إلى حيوية ونشاط أو حماس مثل المنبهات العادية كالأطعمة وغيرها، بحيث تعمل جميع المعززات على ايجاد ترابطات شرطية بين المعزز وسلوك الطفل وهذا ما يطلق عليه اسم التعلم مزدوج الترابطات، ويمكن للمعالج بعد ثبات السلوك الصحيح الذي تمّ تعزيزه لمرات لدى الطفل أن يعمل على إزالة المعزز تدريجياً، وذلك عندما يكون المعزز مادياً، والإبقاء على المعززات المعنوية التي تصبح أولية في حد ذاتها، والتي تنوب عن الطعام وعن المعززات المادية الأولية، وكذلك زيادة المعززات الاجتماعية وخاصة عندما يكون الطفل داخل نظام جماعي كما في الفصل الدراسي. كما يمكن للمعالج (السلوكي-المعرفي) استخدام طريقة توقف لتفكر، أو طريقة إعطاء التعليمات أو الأمر للذات. . . الخ.

والسؤال الذي يطرح في هذا المجال هو: كم عدد المعززات الأولية التي تكون على شكل مكافآت يمكن تقديمها للطفل الذي نقوم بتعديل سلوكه؟ ومتى يزول أثر هذه المعززات؟ ومتى يقرر الاختصاصي استبدال معزز بآخر؟ وأسئلة أخرى كثيرة حول التعزيز.

المبدأ العام الذي يهدف إليه المعالج هو زيادة احتمال حدوث السلوك الصحيح قدر الإمكان، بحيث لا يتعرض إلى الزوال أو إلى الانطفاء (Extinction)، لذلك فإن على الاختصاصي زيادة تقديم المعزز، فبعض الأطفال الذين يعانون من اضطرابات في نموهم أو في سلوكهم قد يقدم إليهم معزز اجتماعي ويستمرون في أداء السلوك المطلوب بشكل جيد، وعلى المعالج العودة إلى المعززات الأولية مثل الطعام كلما بدأ بسلوك جديد، أو أكثر صعوبة، أو سلوك دون اهتمام الطفل، ويفضّل أن تقدم المعززات على السلوك الصحيح أو المهام الناجحة التي يقوم بها الطفل بشكل تام، فإذا كان السلوك معقداً، أو المهمة صعبة فإن الطفل قد يحتاج إلى تقديم المعزز على مراحل من أجل أن يستمر بسلوكه أو بعمله. . . حتى يؤدي الطفل سلوكه الصحيح بشكل أكثر مهارة ونشاطاً ورغبة، ونجاح الطفل في إنجاز مهمته هو بمثابة مكافأة أو معزز له،

لذلك يمكن أن تقدم المعززات (فيما بعد التدريب) إلى مجموعة مهام يقوم بها الطفل وينتهي منها، عوضاً عن تقديم معزز واحد لكل مهمة واحدة، وذلك إلى الحد الذي يظهر على الطفل بأنه مهتم ولديه رغبة في أداء مهام أخرى، ولا يوجد مبرر لوضع الطعام داخل فم الطفل، أو قطع انتباهه بالتصفيق له لنجاحه في مهمته، مثلاً يمكن للطفل أن يقوم بحل ثلاث أحجيات مألوفة (Puzzle) ويرغب في حل أجزاء أخرى فقط بسبب تلقي التعزيز اللفظي، لكن إذا أمكن حل خمس أحجيات فهذا يحتاج إلى تعزيز مادي مثل الطعام، على أن يقدم ذلك ضمن فواصل زمنيةكلما استمر الطفل في عمله حتى إتمامه.

ويمتنع الطفل أحياناً عن أخذ أي معزز بسبب عناده أو عدم انتباهه أو فهمه للمعزز، بينما يكون نشاط الطفل واهتمامه موجهاً خارج المهمة المطلوبة منه، وفي هذه الحالة يستخدم ما يسمى بفنّية الرشوة، حيث أن الطفل الذي يمتنع عن أخذ المعزز ليهدىء من صراخه أو من حركته أو من أجل أن نسترضيه لسبب ما، لا نستطيع أن نقلل من عناده وحرده، أو غير ذلك من احتجاجات تظهر على الطفل، يكون تأثير المعزز هو تعزيز السلوك الخاطىء أو غير المستحب والمراد تعديله، وفي هذه الحالة لا يقدم المعزز إلا إذا توقف الطفل عن سلوكه الخاطىء أو عن احتجاجاته، أو عن صراخه، أو عن حركته الزائدة، أو عن عناده، أو عن السلوك غير المرغوب فيه وبمجرد ملاحظة زوال أو هدوء السلوك غير السوي لدى الطفل يبدأ المعالج بتقديم المعزز، وحتى يستقطب ذلك انتباه الطفل. هذا ومن الضروري أن ينوّع الاختصاصي المعززات كي يحقق اشباعات مختلفة لدى الطفل، وكي لا يتعرض الطفل إلى الملل، أو كراهية المعزز الذي يقدم إليه، هذا ويمكن أن يطلب المعالج من الطفل أداء مهمة معينة داخل مجموعة من الأطفال، ليلاحظ بأن الطفل يشارك أفراد المجموعة دون حاجة إلى معزز أولي، شريطة أن تكون المهمة سهلة وشيّقة للطفل وضمن قدراته.

هناك نقطة على مستوى من الأهمية وهي: كيف يتم تقديم المعزّز للطفل بعد المهام التي يقوم بها، بحيث يقوم بتكرار السلوك المتعلم أكثر فأكثر؟ لا شك بأن هناك اعتبارات هامة حيث أن على الاختصاصي معرفة فيما إذا كان الطفل فهم (أم لم يفهم) بأن هذا السلوك الذي يقوم به يؤدي به إلى الحصول على المكافأة، وعلى

الطفل الذي يقوم الاختصاصي بعلاجه إدراك هذا النمط من السلوك المتعلم الذي يعتمد على السبب والنتيجة (Cause and Effect)، ولكن هل يدرك الأطفال الصغار في أعمارهم والذين تأخروا في نموّهم هذه العلاقة السببية؟ ثم إن هناك أطفال يعيشون في بيئة مضطربة ومشوّشة بحيث لا تتاح لهم فرصة اكتشاف مبادىء التفاعل الاجتماعي البشري، وغير ذلك من مبادىء السببية والتفاعل.

إن أطفال فرط الحركة والتوحد واضطرابات النمو يعانون من صعوبات في مجال التفاعل الإنساني، إلا أنهم يدركون لحد ما العلاقة بين السبب والنتيجة، خاصة إذا كان ذلك يتعلق بأمور وسيلية عادية أو حسّية، ومعنى ذلك أن الطفل يشعر ويفهم أن عليه من أجل تحقيق حاجاته أن يقوم بسلوك ما، والآباء هم أول من يلاحظون بأن الطفل يهتم بالأطعمة وله رغبة بتناولها، وبهذا يمكن للطفل استخدام لغة التواصل والتخاطب للحصول على الطعام المرغوب به، والطفل يتعلم من خلال تجاربه بأنه لا يستطيع الحصول على الطعام بسهولة إلا إذا قام بسلوك معين لفظي أو غير لفظي... وهكذا بالنسبة لأي سلوك لا يتحقق إلا بعد أداء السلوك المرغوب فيه، وهذا هو مبدأ التعلم الوسيلي (للعالم سكنر) (Instrumental Learning)، والواقع أن أفضل سلوك يحصل عليه الفرد دون تأخير هو عندما يتم تعزيزه لا سيّما عند الأطفال الصغار ومضطربي النمو، ومنخفضي الذكاء.

دور المعلم في المدرسة:

دور المعلم في المدرسة هو العمل على تعليم هؤلاء الأطفال بشكل منفصل ووضع برنامج تربوي ـ سلوكي لكل طفل (Individual educational - psychological program) على حدة، حيث أن الخطة التربوية التعليمية لأطفال اضطرابات النمو هو التفريد، بحيث يكون لكل طفل برنامج تعليمي خاص في ضوء مشكلاته وأعراضه (وهذا قد لا يتوفر في عالمنا العربي)، كما تعتمد عملية العلاج على فنيات مناسبة تساعد الطفل على أن يعوض الصعوبات التي يعاني منها، ويجب أن تكون هناك أنماط مختلفة من الفصول الدراسية، وكل نمط من هذه الفصول يعتمد على حالة الطفل عند بدايته الدراسة، حيث تظهر لدى الطفل بوادر القصور في التعلم وفي أداء الأنشطة والمهارات

كغيره من الأطفال من نفس العمر، كما تتضح لديه بعض سمات الشخصية، وأعراض فرط الحركة أو غيرها من اضطرابات النمو، والمهم هو كيف يتم تعليم طفل فرط الحركة عندما يلتحق بالفصل المناسب له؟ وما هي الطرق التعليمية الخاصة واستراتيجياتها؟ إن معلمي مثل هؤلاء الأطفال يجب أن يكونوا مؤهلين ومدربين وذوي خبرة في مجال التعامل مع هذه النوعية من الاضطرابات بالتنسيق مع الأسرة أو الطبيب وغيرهم، كما لابدّ أن تكون لديهم خبرة في تطبيق مبادىء تعديل السلوك أو العلاج السلوكي عندما يتعاملون مع هؤلاء الأطفال، مع خبرة في مجال التربية الخاصة والتعليم الخاص لمواجهة صعوبات التعلّم التي تواجه أطفال فرط الحركة، وغيرهم، ومن المؤسف أن الحياة العادية، وأساليب المعاملات داخل الأسرة أو المدرسة، أو غيرها تنمّي لدى الطفل بعض الاتجاهات الخاطئة والسلبية في أساليب تعديل السلوك مثل التخويف من الصدمة الكهربائية، أو ربط الطفل بالكرسي، أو صراخ الكبار المتكرر على الطفل. . . وهذه طرائق غير محببة ومكروهة، ولها مضاعفات، ومن الضروري توفير كافة الوسائل والامكانات المادية لمعلم الطفل خاصة فيما يتعلق بالوسائل التعليمية الحسية والمساعدين وغير ذلك مما يساعده على ضبط سلوك الطفل وتعليمه أو تدريبه وغير ذلك، ولا ننس أن معلم الطفل هو أحد العناصر الهامة في عملية علاج الطفل وتكامل هذا العلاج، وفي معرفة مدى التقدم أو التأخر الذي يطرأ على مشكلة الطفل وجوانبها التربوية والتعليمية.

مبادىء عامة في مواجهة بعض المشاكل الصفية لدى تلاميذ فرط النشاط والحركة ودور المعلم في ذلك:

١ ـ التعرف على المشكلة السلوكية والأكاديمية للطفل وتحديد أبعادها بالشكل الموضوعي الصحيح.

٢ ـ التعاون مع أولي أمر الطفل وذويه وإدارة المدرسة، والمعلمين، والطبيب على حل المشكلة.

٣ ـ تحديد نوع تعديل السلوك المطلوب كأن يكون زيادة السلوك (الانتباه مثلاً)، أو تقليله مثل فرط الحركة، أو تشكيله وبناء سلوك جديدة، أو صيانة السلوك الايجابي والمحافظة عليه خشية الزوال أو المحو.

٤ ـ تحديد طبيعة المعززات (المكافآت) التي يرغب بها الطفل وكذلك تحديد الأشياء التي تزعج الطفل أو تضايقه مثل الحرمان من مشاهدة التلفزيون أو الذهاب بنزهة مع أسرته.

٥ ـ تحديد الاجراءات العملية والخطوات التنفيذية للتعديل، وكذلك تحديد معايير وشروط تنفيذ السلوك المطلوب أو الجيد.

٦ ـ تحديد النتائج وقياسها لمعرفة مدى فاعلية خطوات الإرشاد والتعديل.

٧ ـ من الضروري معرفة الطفل لمبادىء استخدام المكافآت والحوافز وعلاقة ذلك بزيادة حدوث السلوك المرغوب لدى الطفل، وكذلك معرفة أساليب التعزيز السلبي، وإزالة ظروف محيطة بالطفل مرغوب فيها، وتغيير المنبهات، وعملية التعميم من موقف سلوكي إلى موقف آخر، وتوفير نماذج سلوكية بديلة.

٨ ـ معرفة الطفل لمبادىء استعمال المعززات الرمزية في عملية تعديل السلوك (Token reinforcers).

٩ ـ توضيح ذلك للطفل عن طريق الأمثلة العملية، والرسم لتوضيح مظاهر العلاقة بين السلوك والمعززات، فإذا وجد معلم أن أحد التلاميذ الأطفال يتكلم مع

زميله المجاور داخل الصف بشكل مزعج، وذلك أثناء قيام المعلم بعملية التعليم، ففي مثل هذه الحالة يمكن للمعلم استخدام أحد الأساليب التالية :

مثال :

حديث الطفل مع زميله يؤدي إلى	→	المعلم يقول: (أرى عمراً وغساناً منتبهين للشرح ولا يتحدثان مع بعضهما، أحسنتما ... الخ)	→	انقطاع الطفل عن الحديث وانتباهه للمعلم.
سلوك سلبي		**معزز إيجابي**		**سلوك ايجابي**

لاحظ في المثال السابق بأن الطفلين عمراً وغساناً لديهما عادة الحديث المزعجة أثناء شرح المعلم، ولكن المعلم انتظرهما حتى أبديا السلوك الهادىء، المرغوب فيه، فقام فوراً بتعزيزه بالمديح والثناء.

إذا قام المعلم بتكرار ذلك اكتسب الطفل خبرة وهي :

١ ـ الكلام الجانبي المزعج داخل الصف هو سلوك غير مرغوب فيه.

٢ ـ رضا المعلم ينحصر في سلوك الانتباه وعدم الحديث الجانبي.

٣ ـ تشجيع وثناء المعلم يؤدي إلى الإحساس بالرضا النفسي.

٤ ـ يحدد المعلم فيما إذا كان هذا الإجراء التربوي والنفسي يحقق الفائدة المرجوة.

إجراء آخر للمعلم :

حديث الطفل مع نفسه أو زميله بشكل مزعج يؤدي إلى	→	المعلم يقول: انتبه يا أحمد، لا تتكلم مع زميلك	→	انقطاع الطفل عن الحديث والانتباه للمعلم	→	توقف المعلم عن التنبيه والزجر
سلوك سلبي		**معزز سلبي**		**سلوك ايجابي**		**نتيجة**

وفي هذا الموقف التربوي يتعلم الطفل بأن سلوك الانتباه وعدم الكلام الجانبي داخل الصف يؤدي إلى تجنب زجر المعلم أو عقوبته . والمعلم يقرر فيما إذا كان أسلوب الزجر والتأنيب هو أسلوب مفيد في تصحيح سلوك الطفل وتعديل هذا السلوك . إلا أنه قد أشرنا سابقاً بأن أسلوب الزجر والعقاب للطفل وبكافة أشكاله هي أساليب غير انسانية مضرة بشخصية الطفل ومشاعره ونفسيته، وبسلوكه بشكل عام . . وإن هذا الأسلوب لا يؤدي إلى ديمومة السلوك المرغوب فيه، وتترتب عليه مضاعفات عقلية وشخصية متعددة، والاستجابة تكون مؤقتة لدى الطفل، كما أن استخدام هذا الأسلوب ينم عن فشل الوسائل الأخرى الايجابية، مثل تقديم الطعام والشراب والثناء والسماح للطفل بالخروج للشرب أثناء الحصة الدراسية، وتقديم وجبة غذاء بسيطة، أو القيام برحلة محلية . . وبتكرار العملية عدة مرات يعتاد الطفل على السلوك الصحيح .

ويمكن للمعلم أو للأهل استخدام ما يسمى بالمنبهات الايجابية المشروطة (Positive Conditioned Stimulus) أو كما تسمى بالمنبهات الثانوية وهي منبهات يجب أن تتناسب مع طبيعة الطفل والمشكلة التي يعاني منها ومن أمثلة هذه المنبهات الثانوية : المديح، الهدايا الرمزية، والألقاب الأدبية، وتكليف الطفل ببعض المهام الصفية (القيادية مثلاً)، والمقصود بذلك أن المعلم، أو الأهل عندما يقومون بتقديم معزز مادي للطفل مثل قطعة شوكولاه أو فترة من الراحة . . . يرفق هذا المعزز بألفظ مثل (جيد)، (لابأس)، (أنت شاطر)، وهنا يمكن للمعلم سحب المعزز الرئيسي (المكافأة المادية) تدريجياً والابقاء على المعزز الثانوي المشروط الذي يستجيب إليه الطفل . ويمكن لهذه المعززات والمواقف الأولية والثانوية أن تخضع إلى عملية التعميم حيث يمكن أن تستخدم في المدرسة، وفي المنزل، وفي النادي، وفي المجتمع . . . وينصح المربون وعلماء تعديل السلوك بالاهتمام بالمعززات الاجتماعية من أجل تحسين مستوى التفاعل الاجتماعي والتربوي للتلميذ وخاصة داخل غرفة الصف مثل جعل الطفل يشعر بمحبة الأطفال الآخرين له، والموافقة على اقتراحاته واللعب معه، ويمكن أن يصاحب ذلك أيضاً معززات اجتماعية لفظية مثل (هذا جميل)، (هذا عمل جيد)، (إنك شجاع) . . . (وهذه تفيد في حالات الطفل الخجول) . والمعلم يلاحظ مدى فاعلية هذه المعززات في تحسين مستوى التفاعل الاجتماعي لدى الطفل . ويجب

ملاحظة أن على المعلم والأهل ألا يسرفوا بعملية التعزيز وإغداق ألفاظ المديح والتشجيع في كل خطوة يخطوها الطفل، وبشكل اعتباطي، لما له من مخاطر تربوية وسلوكية، حيث تفقد هذه المعززات قيمتها لدى الطفل، ولا ننسى أهمية قاعدة بريماك التي أشرنا إليها سابقاً (Premack Principle) والتي تتلخص بجعل المعلم أو المربي (أو الأهل) يلاحظ سلوك الطفل اليومي ليحدد نوع السلوك الذي يشغل اهتمام الطفل بشكل رئيسي ويبذل فيه جل وقته. حيث يستخدم المعلم هذا السلوك كشرط لجعل الطفل ينفذ المهمة المطلوبة منه أولاً، ومن أجل أن يتمكن الطفل بعد ذلك من ممارسة سلوكه الذي يهمه، كما يمكن للمعلم استخدام المعززات الرمزية (القطع المعدنية، أو البلاستيك)، كما يمكن أن تستخدم البطاقات الورقية (كمنبهات وكمعززات) والنجوم الملونة، وغير ذلك. . وهي تمنح عند قيام التلميذ بالسلوك المطلوب منه (أو سحب المعزز في حالة عقوبة التلميذ).

أما أساليب التعزيز السلبي فهي مفيدة لما يصحبها من تنفير للطفل مثل قيام المعلم بنقل التلميذ الذي يتكلم داخل الصف وبشكل مزعج من مكان إلى آخر في الفصل، بحيث يبتعد الطفل عن زميله الذي يتحدث إليه، أو يلجأ المعلم إلى توبيخ أو تعنيف الطفل أو تحذيره، وهذا له مظاهر سلوكية وشخصية سلبية كنا قد أشرنا إلى بعضها في السابق مثل التوقف المؤقت للسلوك غير المرغوب فيه دون إزالته نهائياً، وقد يقاوم الطفل أساليب التحدّي والعدوان ضده، وقد يتقمص ذلك في شخصية، أو يقلد هذا السلوك العدائي مع الآخرين. . . والواقع أن مبدأ التعزيز السلبي ينبع من حقيقة أن الإنسان كائن عقلاني ومنطقي وإنساني يميل إلى التخلّي عن الأعمال السلبية التي تجلب إليه غضب الآخرين من حوله، وكراهية الناس وعدم محبتهم له.

المعلم ودوره في فهم بعض المشاكل التعليمية لدى طفل فرط الحركة وأطفال المدارس بشكل عام:

١ ـ الضعف العام في عملية التهجئة والإملاء والتعبير: يعتبر هذا الضعف من صعوبات التعلم التي قد تستمر إلى المرحلة المتوسطة والثانوية لدى بعض الأطفال. وهذه المشكلة تظهر ـ على سبيل المثال ـ في عدم قدرة الطفل على تمييز وضع الهمزة الصحيح، وعدم كتابته (أل) التعريف عندما تكون غير ملفوظة، وعدم القدرة على

كتابة بعض الأحرف بالشكل الصحيح مثل: الصاد، الضاد، الفاء، القاف، الدال والذال، وعدم مراعاة التنقيط ... إلى آخر ما هنالك من صعوبات كنا قد أشرنا إليها سابقاً في حديثنا عن صعوبات التعلم، وهنا على المعلم أو المعلمة تحديد موطن الضعف في التهجئة لدى الطفل (التلميذ) تدريب التلميذ تدريجياً باستخدام الأمثلة التطبيقية التي تصحبها أشكال ورسومات ومجسمات متنوعة. مع تحديد نوع الحوافز والمعززات المادية والنفسية والاجتماعية المؤثرة لدى التلميذ. ويمكن استعمال قاعدة بريماك التي تعتمد على مكافأة الطفل على قيامه التهجئة الصحيحة بنشاط آخر يهتم به الطفل عادة، بالإضافة لذلك توفير فرص مفيدة للطفل من أجل ممارسة التعبير اللغوي وزيادة المفردات اللغوية لديه، وإنماء مخيلته التعبيرية عن طريق القراءة، مع تعزيز الاجراءات التعبيرية التي يفتقر إليها. ومن المستحسن تدريب الطفل على استعمال المفردات في شبه جمل مناسبة ومفيدة، وذلك من خلال عبارة مكونة من جملتين، ثم أكثر، ويراعى تدرج المفردات كمياً ونوعياً ... وفي بعض الحالات يمكن للتلميذ الضعيف في التهجئة أو التعبير أن يقرن بزميل له في الفصل محبب إليه ويتصف بقدرته في مجال التهجئة والتعبير، وحتى يتناقش الإثنان، ويقلّد التلميذ الضعيف الآخر من الناحية التعبيرية، ويمكن للمعلم في بعض الحالات استغلال المعزز الاجتماعي التعليمي المتمثل بالقرين في معالجة السلوك الصفي السلبي مثل الحديث الجانبي والصراخ والاعتداء على الآخرين وكثرة الحركة ... (انظر صعوبات التعلم).

٢ - **العناد وعدم الطاعة واتباع التعليمات:** ويكون بتجاهل التلميذ المقصود (أو غير المقصود) للتعليمات التي تعطى له، وتنفيذه ما يخطر بباله، وأحياناً يكون ذلك بسبب عدم معرفة الطفل بما تعنيه التعليمات بسبب صعوبتها أو غموضها، أو بسبب نسيان الطفل بعض الموضوعات، أو يكون ذلك كرد فعل من الطفل على عقوبة الكبار أو مضايقتهم له. وفي هذه الحالة على المعلم أو المربي التدرج من البسيط إلى المركب في محاولته تقديم التعليمات للطفل، مع استخدام المعززات اللازمة، وبحيث يتم تنفيذ التعليمات البسيطة أولاً وفهمها، والالتزام بتنفيذها ثم الانتقال تدريجياً إلى التعليمات الأكثر تعقيداً. ويمكن للمعلم الناجح استخدام طريقة الاغفال للسلوك غير السوي لدى الطفل في بادىء الأمر (Omission therapy) منعاً لتحقيق أية مكاسب

محتملة من قبل الطفل بواسطة عناده أو عدم طاعته ولا مبالاته . . .

٣ـ عدم كتابة الواجبات المدرسية : أو كتابة الواجب بشكل غير كامل، وقد يكون سبب ذلك طول الواجب الكمي أو صعوبته، أو عدم فهم واتباع التلميذ لتعليمات المعلم، أو إنشغال التلميذ بأمور بيئية تستهلك منه وقته وجهده، وفي مثل هذه الحالات لابد من تقليل الواجب الدراسي، ومراعاة سرعة تعب أو ملل التلميذ، وتوفير الحوافز التي تشجعه على ذلك، ويمكن التعاون بين المعلم والأسرة وتذكير الأسرة بهذه الواجبات. وكنا قد أشرنا سابقاً إلى مشكلة النسيان وعدم القدرة على التركيز لدى الطفل، وضرورة إعطاء الطفل وقتاً أكبر (من الطفل العادي) وعدم الالحاح بشدة على الطفل في أداء مهمة ما، مع مراعاة بطء القدرة على التعلم، وضرورة تبسيط الواجبات المدرسية، ومراعاة الفروق الفردية.

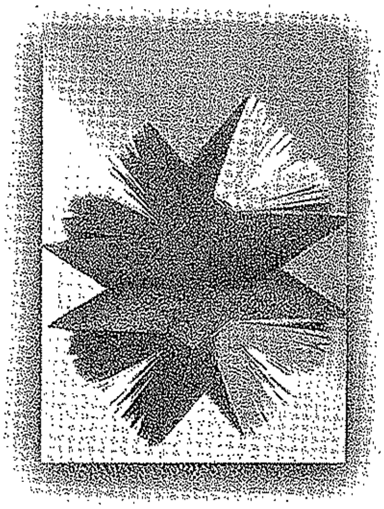
٤ ـ ضعف القدرة على التعلم والتحصيل : يجب معرفة سبب انخفاض التحصيل الدراسي والقدرة على التعلم، ونوعية ذلك، وتوفير التعاون بين الأسرة والمدرسة من أجل تحسين مستوى التحصيل الدراسي لدى الطفل. ويكون ذلك بشكل تدريجي مع مراعاة قدرة التلميذ على الانتباه والفهم والاستيعاب، كذلك مراعاة تشجيع الطفل داخل الصف وخارجه وفهم مشكلته والعمل على مواجهتها دون قسوة أو نقد أو سخرية منه، ويجب التمييز بين حالات التخلف الدراسي وضعف التحصيل الدراسي وحالات صعوبات التعلم التي أشرنا إليها سابقاً.

٥ ـ ضرب الأطفال أو الأقران في الصف أو وخزهم بالأشياء الحادة أو أخذ ممتلكاتهم : قد تأخذ هذه المشكلة طريقة خطف الممتلكات والاحتفاظ بها أو إخفائها لغرض العبث والازعاج . . . الخ، وفي مثل هذه الحالات يمكن تعديل سلوك الطفل بالاعتماد على المعززات، وكذلك يمكن في حالة نشوب خلاف بين طفلين أو تلميذين اجتماع المعلم بهما في الفسحة الصباحية أو بعد مغادرة غرفة الصف، ويطلب منهما كتابة ثلاث خصال أو صفات على الأقل يحبها كل منهم في الآخر. وفي هذا مزيج من العقاب والعلاج التوجيهي الإنساني معاً، حيث يتم التحقق من صلاحية عواطف كل منهما تجاه الآخر ومراجعتها حيث ينتهي كل منهما بقبول الطرف الآخر والارتياح لوجوده والتعامل معه، بعد ذلك يجتمع المعلم بالطفل (التلميذ) وتوجيه اللوم له بسبب

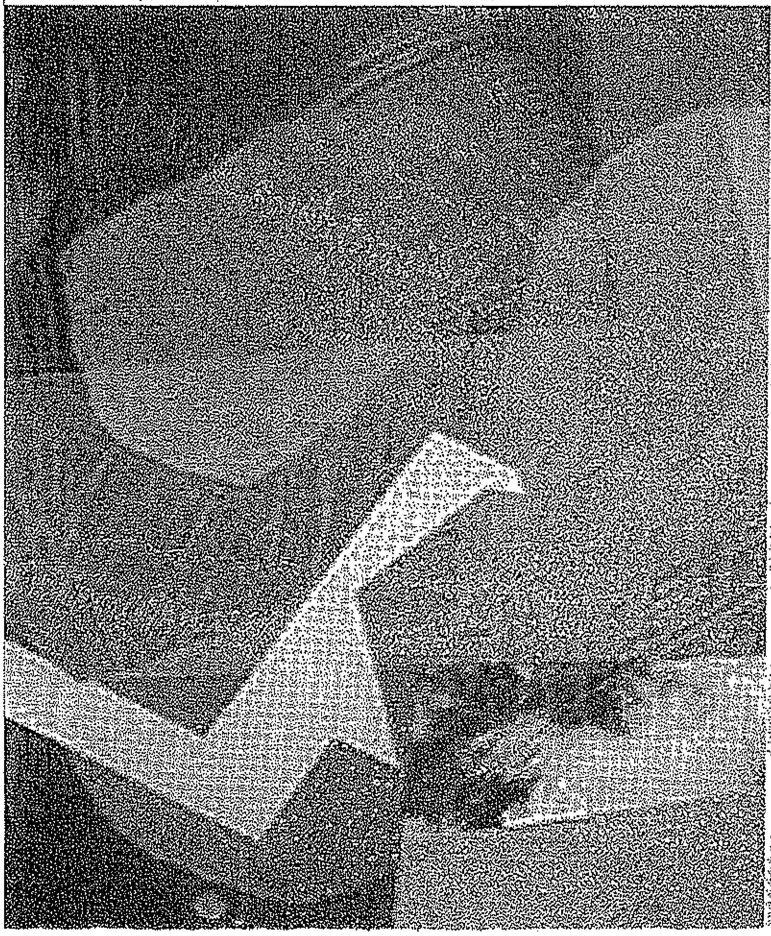
سلوكه السلبي ومناقشته أسباب سلوكه، وبعد ذلك اجتماع المعلم بأسرة الطفل إذا كانت المشكلة تتعلق بأسلوب تربيته الأسرية.

٦ ـ **التأخر الصباحي عن المدرسة:** وعدم امكانية حضور التلميذ للأنشطة الجماعية الصباحية، وهذا ما يترتب عليه بعض النتائج السلبية مثل ضعف الاهتمامات الجماعية والتعاون وضعف التحصيل الدراسي، وقد يكون ذلك بسبب عدم اهتمام الطفل بالمدرسة أو خوفه من المدرسة وتعلقه بالأسرة أو عدم قدرة التلميذ على تنظيم وقته وضبطه، بالإضافة إلى عادة النوم الطويل والمتأخر، وكره الطفل للمدرسة. . ومرة أخرى نقول إن على المعلم أو المربي أو الاختصاصي تحديد أبعاد مشكلة الطفل أو التلميذ، وتوفير المعززات اللازمة، والتعاون مع أسرة الطفل من أجل التغلب على هذه المشكلة، ومن المحتمل أن يكون السبب في ذلك الطفل في حد ذاته، أو بعض القضايا الأسرية، أو سوء معاملة المعلم للطفل، أو صعوبة المادة الدراسية. . . وغير ذلك، مثل الاعتماد على الأم، والدلال المفرط.

٧ ـ **الغش في الاختبارات والواجبات:** ويكون ذلك عن طريق نسخ التلميذ لإجابة السؤال، أو سؤال التلميذ لقرين له عن الإجابة، أو فتح الكتاب المقرر، . . . وهناك عدة أساليب للغش (راجع كتاب الغش في الاختبارات والواجبات المدرسية، دار المريخ، الرياض، للمؤلف). ويجب معرفة الأسباب الكامنة وراء ذلك، مثل عدم المذاكرة، الانشغال داخل المنزل، تأثر التلميذ بأحد التلاميذ الذين يسلكون الغش، وعدم قدرة التلميذ على تنظيم وقته، النسيان وعدم القدرة على الفهم والاستيعاب، عدم توفير مناخ أسري ومدرسي سليم لأداء الواجبات المدرسية أو الاستعدادا للاختبارات، بالإضافة إلى القلق والخوف من الاختبار ومن الفشل أو الرسوب، والتعرض إلى الإحباط أو إلى العقاب. وبعد ذلك يمكن وضع خطة لتعديل هذا السلوك بالاعتماد على المعززات المناسبة للطفل أو التلميذ.



الفصل الثامن



طرق تعليم طفل فرط الحركة:

الفكرة الرئيسة وراء مفهوم التربية الخاصة هي وجود تطبيقات محددة لتعليم الأطفال ذوي الاضطرابات السلوكية، تعتمد التطبيقات على فكرة نقل المعلومات لدى طفل يلقى صعوبة في إدراك المعلومات عن طريق أحد القنوات الحسية أو عن طريق التواصل اللغوي... وفي مثل هذه الحالة على الاختصاصي استخدام القناة الحسية الأفضل وظيفياً حتى يتم تعويض هذه الصعوبة. وكمثال على ذلك تحويل القناة من القناة البصرية إلى القناة السمعية.

لقد لوحظ لدى معظم حالات اضطرابات الطفولة أن القناة اللغوية ضعيفة، مما يؤءي إلى ضعف التواصل مع الآخرين، كما أنه ليس من السهل تعلم كلمات أو مفردات جديدة عن طريق الاستماع لكلمات الأفراد الآخرين، إن هؤلاء الأطفال لا يتعلمون معنى اللغة بشكل عرضي، أو مجرد، أو عن طريق الصدفة حيث يستمعون إلى أفراد يتحدثون، وهذا مغاير تماماً لسماع اللغة التي توجّه إليهم مباشرة (لعدة أسباب مختلفة)، ونحن نلحظ بأن الأطفال الذين يعانون من اضطرابات في نموهم مثل فرط الحركة (والتوحد) يعانون صعوبة في سماع الكلمة، أو يبدو عليهم كما لو أنهم يعانون أيضاً من صمم الكلمة، حيث تكون حاسة السمع لدى الطفل سليمة، ولكن بعض الكلمات أو بعض الألفاظ تفقد قيمتها لدى الطفل السامع كما لو كانت هذه الكلمات من لغة أخرى لا يعرفها الطفل، وكذلك يظهر على الطفل كما لو أنه لا يفهم الكلمات ومعناها أو لا يدرك قيمة المدركات الحسّية. كما نجده أحياناً يكرر بعض الكلمات مهما تنوعت المعلومات من حوله أو الأسئلة الموجهة إليه، وخاصة في حالات الضغط الانفعالي، علماً بأن الطفل يدرك ما يدور حوله من أحاديث أو تعليمات توجه إليه، ولكنه لا يعبر عن الكلام أو الأفكار بالشكل المطلوب، وقد يكون ذلك بسبب أن الطفل لم يكتسب استعمال اللغة بشكل صحيح أو بسبب التأخر اللغوي والكلامي، مما يجعل الطفل يعاني من صعوبة الاستقبال، وبالتالي يعاني من تحقيق

التواصل اللغوي الصحيح. وفي مثل هذه الحالات فإن الضعف في التواصل اللغوي أو عن طريق القناة اللغوية يعوّض من خلال قناة أخرى تعطي للطفل ادركات أفضل، وبالنسبة لحالات فرط الحركة أو التوحد أو اضطرابات النمو الأخرى فإن هذه القناة هي القناة البصرية، وهي الأفضل، وبهذا يساعد تلقي المثيرات السمعية مع المثيرات البصرية على استقبال المعلومات وتخزينها، ولكن كيف يتم تطبيق ذلك في التواصل اللغوي ومن خلال استخدام رموز لغوية ومجموعة من الاتصالات (أو التواصلات اللغوية)؟ الفكرة العامة في ذلك تعتمد على إحضار اللغة من خلال التمثيل البصري، ويمكن أن يكون ذلك طعاماً مفضلاً للطفل، أو لعبة مفضلة، أو صوراً لمناطق يحب الذهاب إليها، ويمكن للمعلم أو الاختصاصي وضع مجموعة من التمارين مع بعض، وتقديم أنماط من المعلومات أو الخبرات محوّلة عن طريق سلاسل من البطاقات الملوّنة، أو موضوعات مثل طعام بلاستيكي، أو مزرعة فيها حيوانات من البلاستيك، بحيث نجعل الطفل يدرك اللغة العملية، مثلاً نجعله يختار أحد موضوعين لمعرفة فيما إذا كان ذلك فاكهة الموز، أم فاكهة التفاح. . أو يقوم الطفل بتعبير لغوي عن طريق تسمية موضوع ما للسؤال حوله، أو محاولة استخدام جملة تامة للسؤال حول هذا الموضوع. والمثيرات البصرية يمكن أن تستخدم لدعم أكبر لمشكلات اللغة المعقدة، مثل وصف نشاط متسلسل، كوصف سيارة، أو بقرة. . . ومن المؤكد أن استجابة الطفل ستكون حسب مدركاته، وحسب قدرته على التعبير اللغوي، ويجب الأخذ بعين الاعتبار ثلاثة أبعاد موضوعية تعمل على جذب انتباه الطفل لدى المثيرات البصرية؛ التصوير والألوان والرسم والخطوط. . . هذه كلّها يمكن أن تستخدم لزيادة القدرة على التجريد والتصوّر والإدراك، مثلاً الطفل الصغير تجذبه الأحرف الأبجدية، وقراءة الكلمات عن طريق البصر، وهذا يعتبر من الطرق الجيدة لتزويد الطفل بالذاكرة البصرية، وهذا يزيد من الفهم والقدرة على الإدراك السمعي.

إذن، عرض مثيرات بصرية تثير اهتمام الطفل تؤدي إلى إثارة انتباهه أيضاً، مما يتبعه استخدام اللغة والكلام، وكذلك فإن قراءة الكلمات المصاحبة للأشياء المعروضة التي يتم وصفها (أي اقتران المفهوم بالشيء المادي أو الحسّي)، وتكرار ذلك يساهم في تكوين المفاهيم لدى الطفل وزيادة الذاكرة السمعية والذاكرة البصرية، هذه العمليات

تزيد من قدرة الطفل على الانتباه، وتزيد المحصول اللغوي لديه وتدفعه نحو استخدام اللغة كأداة أفضل للتواصل.

ويمكن أن يستفاد من النواحي اللمسية (Tactile) في النواحي اللفظية. إن لدى بعض الأطفال مضطربي النمو وعي واضح وقوي بالأحاسيس اللمسية، ويمكن اعتبار ذلك إلى حد ما عَرَضاً من أعراض اضطراب فرط الحركة لدى الأطفال والتوحد، وتزداد حاسة اللمس قوة لدى الطفل عندما يعمل على لمس (Touches) نسيج معين أو مادة معيّنة عدة مرات، فالإحساس اللمسي يولّد لدى الطفل مدركات لمسية هامة، وتزداد أهمية هذه المدركات كلما كانت الأحاسيس البصرية معطلة لحد ما، لهذا من المهم في التعامل مع أطفال اضطرابات النمو العمل على زيادة الوعي والإدراك اللمسي، وذلك من خلال برنامج تعليم تدريبي منظم، ويمكن للمعلومات التي يكتسبها الطفل بواسطة المدركات اللمسية أن تتحول إلى قنوات لفظية بنفس الأسلوب أو الطريقة التي يتم من خلالها تحويل الخبرات البصرية إلى معلومات لفظية، مثلاً، يمكن للاختصاصي أو للمعلم أن يأخذ صندوقاً ويملؤه بأشياء منها ما هو صلب، ومنها ما هو ليّن، ومنها ما هو ناعم، ومنها ما هو متعرّج، ومنها الكبير في الحجم، ومنها الصغير... الخ. ويطلب من الطفل أن يتعرّف عليها وأن يميّزها عن بعضها عن طريق اللمس، ويمكن أن يلقى الطفل التعزيز اللازم للعمل الصحيح أو للإجابة الصحيحة، وهناك تمرين آخر للطفل يمكن أن يمارس في المجالات اللمسية يعتمد على لعبة تسمى لعبة الضوء الساطع، حيث يتم وصل تيار كهربائي إلى لوحة تظهر من خلالها ألوان وأشكال وأرقام... أو أي شيء آخر، تمثل كلها مثيرات حسّية تجذب انتباه الطفل، فإذا لمس الطفل المكان الصحيح على اللوحة، فإن اللوحة تضاء مشيرة إلى أن الأداء كان صحيحاً والعكس بالعكس، ويمكن للطفل أن يتعلم العمل على اللوحة من خلال النمذجة (Modeling) أو التقليد (Imitation) وتحت الإشراف والتوجيه.

تسهيل عملية التواصل لدى الطفل: (١)

من الأعمال التعليمية العلاجية المساعدة لأطفال فرط الحركة (والتوحد واضطرابات النمو الأخرى) تسهيل عملية التواصل لدى الطفل (Facilitated Communication)، وهذه الطريقة تستخدم لمساعدة الأطفال الذين يعانون من اضطرابات حركية عصبية مثل حالات الشلل الدماغي) (Cerebral Palsy)، ومن أجل تحقيق التواصل معهم، ومع أنّ مثل هذه الحالات صعبة إلاّ أن مثل هذه التدريبات تساعد الطفل على التحكم في حركاته، بالإضافة إلى أن بعض حالات الشلل الدماغي لا تستطيع الكلام، أو لا تستطيع اصدار بعض الأصوات لأنها ضعيفة القدرة على التحكم في حركات الفم والفك واللسان، ومع ذلك فإن الدراسات التي أجريت في جامعة سيدني في استراليا (١٩٨٩) حول حالات

(١) تعتبر هذه الطريقة من الطرق الثانوية المساعدة في تحسين التواصل اللغوي والحركي لدى الأطفال، وهي طريقة ما زالت تحتاج إلى مزيد من الدراسة والبحث حتى تتأكد مصداقيتها، وقد استخدم هذه الطريقة كل من كوهين Cohen وموريس Morris عام (١٩٨٩) في الولايات المتحدة الأمريكية ونشرت نتائج واجراءات هذه الطريقة في مجلة الأطفال الشواذ (Exception-al Children)، المجلد رقم (٤٧) الجزء رقم (٥) عام (١٩٨٥)، وتعتمد هذه الطريقة على وجود مدرّب (Facilitator) يقوم بتشجيع وتوجيه الطفل للضغط على مفتاح الكمبيوتر عند حرف محدد والذي قد يكون بداية لأحرف كلمة ما تمثل وجود حاجة، أو معنى لدى الطفل، ويكرر المدرب والطفل هذه المحاولة عدة مرات بمساعدة المدرب ثم لوحده، وتخضع هذه العملية للمحاولة والخطأ، وعلى المدرّب بمجرد وضع يده على كتف الطفل، يقوم الطفل مباشرة بطباعة الحرف، ثم يتم تدريب الطفل بطباعة باقي أحرف الكلمة التي تمثل حاجة أو مطلباً محبباً لدى الطفل، ويتم ذلك بمساعدة المدرب، ومع التكرار تصبح الكلمات المطبوعة بديلاً عما يريده الطفل، وذات معنى لديه، وتقترن كتابة هذه الكلمات بالشكل الصحيح بالمعزز الذي يشبع حاجة الطفل أو يقدم إليه، ولهذه العملية مستويات فهي يمكن أن تتم بشكل آلي وكعادة تعتمد على مثير واستجابة، (وهذا المستوى يصلح لضعاف العقول أو ضعاف القدرة على النطق)، كما قد تتم لدى الأطفال العاديين، أو أطفال فرط الحركة، وقد لوحظ بأن هذه الطريقة تفيد في زيادة التوافق الحركي البصري اللغوي لدى الطفل، وينصح بتغيير المدرب في كل فترة وذلك للتخفيف من اعتماد الطفل على مدربه، والتأكد من أن الكلمات التي تصدر عن الطفل صادرة منه، ومعرفة مدى استفادة هذا الطفل، وبشكل عام تعتبر هذه الطريقة من الطرق الحديثة التي ما تزال تحتاج إلى دراسات للتأكد من نتائجها.

الشلل الدماغي تؤكد على وجود تحسّن حركي لدى هؤلاء الأطفال، لذلك أراد بعض الباحثين استخدام المنهج نفسه في تدريب حالات فرط الحركة والتوحد والحالات المشابهة لذلك، وقد لوحظ بأن أطفال هذه الحالات قد حققوا النتائج نفسها بشكل أفضل، ويبدو أن لمثل هذه الحالات شيئاً من القدرة على تحقيق التوافق الحركي (Motor Coordination)، كأن يمسك الاختصاصي بيد الطفل، ويأخذ بأصبعه للضغط على مفتاح لوحة الكمبيوتر، وفي حالات فرط الحركة، لم تكن هناك ضرورة لذلك، أي إلى مسك يد الطفل وضغط إصبعه على لوحة الكمبيوتر، وقد وجد أن بعض حالات التأخر العقلي قد تحسنت جزئياً، سواء في حالات التأخر الحاد الشديد، أم الحالات قرب الطبيعي، أم الحالات فوق الطبيعية، وقد أمكن لحالات فرط الحركة القراءة والطباعة على الكمبيوتر.

إن الثقة بالمعالج ضرورية، فبدون عملية الثقة والعلاقة الايجابية بالمعالج لا يمكن للطفل أن يستجيب، فقد يقوم المعالج بتوجيه حركات يد الطفل ومساعدته عندما يقوم بطباعة موضوع ما، مع إخبار الطفل بأنه يستخدم المفتاح الصحيح أو الخاطىء، بالإضافة لذلك فإن الاختصاصي يستعين بالوسائل البصرية والسمعية، ويمكن للطفل أن يطلب المساعدة لأداء الاستجابة الصحيحة، بحيث يصبح أفضل وأكثر قدرة على توجيه حركته ومدركاته وتواصله مع المحيط، مع الأخذ بعين الاعتبار الفروق الفردية بين حالات الأطفال.

وهناك أسلوب آخر يعتمد على التدريب السمعي (Auditory Training)(١)

---

(١) وضع هذه الطريقة الطبيب الفرنسي توماس بيرارد .Berard T عام (١٩٩٨) وهو طبيب متخصص في الأنف والأذن والحنجرة، وهذه الطريقة تعتبر من الطرق المساعدة في تحسين مستوى المهارات اللغوية، والانتباه لدى الأطفال، وتعتمد هذه الطريقة (الثانوية) على تعريض طفل فرط الحركة إلى مجموعة من الأصوات المختلفة، وتدريب الطفل على الاستماع والانتباه إلى هذه الأصوات، وتستخدم مع هذه الطريقة أساليب تعديل السلوك والتعزيز، حيث يقدم للطفل في كل مرة يستمع بها أو ينتبه إلى الجهاز الذي يصدر أصواتاً، أو الانتباه إلى المدرب، أو إلى المشرف الاختصاصي.. معزز من المعززات التي يرغب بها الطفل، وهكذا، إلى أن تطول مدة الانتباه لدى الطفل. وقد تستخدم هنا طريقة الغناء، أو الموسيقى، أو الحديث... لجذب انتباه الطفل وسماعه، وطريقة التدريب السمعي هذه (A.T.) تعتمد على وجود جهاز كهربائي بسيط يتكون من عدة وحدات، وحدة لاصدار أصوات مختلفة مثل الموسيقى وغيرها، ووحدة التحكم بشدة الصوت زيادة أو نقصاناً، وحيث يتم تحديد طبقة الصوت، ثم سماعات توضع على الأذنين، بالإضافة إلى جهاز يوفر مخطط للسمع يوضح أعلى درجة للصوت يمكن للطفل أن يستمر في ==

والهدف من ذلك جعل الطفل يستمع بشكل أفضل وأدقّ، مما يزيد من انتباهه واهتمامه، والسبب في ذلك أن بعض أطفال فرط الحركة والتوحد وغيرهم ذوو حساسية معينة لبعض الأصوات دون غيرها، بحيث يتأثرون ويستجيبون لبعض الأصوات أو النغمات الخاصة، ومن الطبيعي أن الطفل يحتاج إلى بعض التدريبات والتشجيع حتى يتعلم الإصغاء، وقد تكون واحدة من الطرق البسيطة ولكنها تبدو غريبة لحد ما، هي جعل الطفل يستمع إلى موسيقى خاصة، مسجلة ومسموعة من خلال سمّاعات الرأس، وفي بداية التدريب يتم إجراء اختبار سمعي للطفل لقياس قوة

== الاستماع إليها، وتتكون هذه الطريقة من عدة جلسات تدريبية تختلف حسب حاجة الطفل المتدرب، قد تستمر هذه الجلسات لأسابيع أو أيام، وعادة يحتاج الطفل بين ١٥ - ٢٠ ساعة تدريب، بمعدل (١ - ٢) جلسة يومياً، ومدة الجلسة (٣٠) دقيقة، ويتم تدريب الطفل بحيث تكون قيمة الصوت القصوى (شدة الصوت) حوالي (٨٥) ديسيبل، وتبدأ الجلسة بوضع السماعات على الأذنين، وجعل الطفل يستمع إلى الصوت القادم إلى الأذن، وقد يكون هذا الصوت مجرد صافرة، وهنا يكون دور المدرب التحكم في شدة الصوت، والانتقال من طبقة صوت لأخرى، ومراقبة المخطط السمعي للمتدرب، وهذه الطريقة تقلل الحساسية إلى الصوت المرتفع لدى المتدرب وذلك من خلال جعله يعتاد على الاستماع للصوت في مدى الطبقة المرتفة مما يؤدي إلى جذب انتباه الطفل أو إثارة انتباهه بسبب هذا التغيير للصوت المفاجيء، ومن ثم يقوم المدرب بإعادة رفع الطبقة الصوتية مرة أخرى. وإذا كان الطفل يعاني من مشاكل في اللغة أو النطق أو التواصل اللغوي. . فإن شدة الصوت المسموع في الأذن اليسرى يتم خفضه بافتراض أن ذلك يؤدي إلى تحفيز أو تحريض مناطق اللغة في نصف الكرة المخية الأيسر، ولوحظ بأن هذه الطريقة بالرغم من أنها ليست من الطرق الأساسية في تنمية المهارات اللغوية والقدرة على الانتباه كما أنه يصعب تفسير الآلية التي تعتمد عليها هذه الطريقة، فإن الدراسات تشير إلى فائدة هذه الطريقة في مجال تحسين القدرة السمعية لدى الطفل بشكل عام، وتزيد من قدرته على الانتباه والتركيز، وكذلك جعل الطفل أكثر هدوءاً واستقراراً في حركته، كما أن هذه الطريقة تساهم في تعديل سلوك الطفل وذلك من حيث سرعة استجابته عندما يسمع اسمه، بالإضافة إلى تحسين التواصل اللغوي، والتواصل البصري مع المدرب أو الآخرين.

السمع(١)، وذلك لمعرفة فيما إذا كان الإدراك السمعي أقل أو أكثر حدةً، وعادة تقسّم درجة السمع إلى المستويات التالية:

١ ـ ضعف سمعي بسيط إذا كان أقل من العادي في حدود (٢٠) وحدة صوتية (ديسيبل).

٢ ـ ضعف سمعي متوسط إذا كان أقل من العادي في حدود (٤٠) وحدة صوتية (ديسيبل).

٣ ـ ضعف سمعي شديد إذا كان أقل من العادي في حدود (٦٠) وحدة صوتية (ديسيبل).

ثم يتم سماع موسيقى مسجلة على قرص مدمج (Compact Disk)، ويتم إجراء ضبط الأرقام، وإعادة هذا الضبط بحيث يمكن للطفل التحكم الآلي بجهاز السمع وحذف الذبذبات المتعلقة بالنغمات الحادة جداً، وزيادة حدة الذبذبات الضعيفة، وهذا يجعل الطفل خلال الجلسات يختبر عملية الاستماع المنظمة، ويزيد من هذه المهارة، وتجعل مخطط السمع عادياً، ويعاد ذلك عدة مرات في الأسبوع، وعادة ما يستمر التدريب بين (٤ ـ ٨) أسابيع. ومن الوسائل المفيدة في مجال تسهيل التواصل مع الطفل استخدام الكمبيوتر.

---

(١) يمكن قياس قوة السمع لدى الطفل بعدة طرق:

١ ـ باستخدام الأجهزة السمعية (Audiometer).

٢ ـ المقارنة بصوت شخص عادي (The speken voice test).

٣ ـ اختبار الساعة الدقاقة (Watch - tick test).

٤ ـ اختبار الهمس (Whispering test).

٥ ـ استخدام جهاز تخطيط الدماغ الكهربائي للتأكد من سلامة المسارات السمعية العصبية في الدماغ (EEG).

٦ ـ جهاز ABR وهو جهاز قياس السمع عن طريق إثارة الجهد من جذع المخ. يستخدم لقياس السمع لدى الأطفال حديثي الولادة والأطفال الأكثر عرضة للإصابة بضعف السمع وتحديد نسب سمع الأشخاص غير القادرين على الاستجابة لجهاز قياس السمع البسيط، كما يستخدم لمعرفة وجود أورام في العصب السمعي أم لا.

استخدام الكمبيوتر في عملية التدريب والتعليم لأطفال فرط الحركة واضطرابات النمو:

من المعلوم أن الكمبيوتر وسيلة تعليمية مساعدة توجد في كافة المدارس ومعظم المنازل، وتعمل على تحقيق الكثير من التفاعل الاجتماعي وفي مجال اضطرابات النمو للأطفال (الكبار) يمكن اعتبار الكمبيوتر وسيلة من وسائل العلاج بالعمل (OccupationalTherapy) أيضاً. وقد أجريت في باديء الأمر عدة دراسات حول مدى استفادة أطفال التوحد من استخدامات الكمبيوتر وخاصة فيما يتعلق بالقراءة جيداً على الحاسوب، والكتابة أيضاً، وقد حاول بعض الباحثين استخدام الحاسوب مع أطفال فرط الحركة بالرغم من الصعوبات السلوكية التي يعانون منها، وتم إعداد برامج بسيطة خاصة استهدفت جعل طفل فرط الحركة يستجيب إلى اللعب على الحاسوب وتلقي التدعيم المباشر على طريقة التعليم المبرمج (Programmed Learning) (١)وبحيث يصبح الطفل أكثر هدوءا في جلوسه على الكرسي أمام الحاسوب، مع شيء من الانتباه والتركيز، يصغي للتعليمات التي توجه إليه ويدرك التفاصيل والعلاقات بشكل أفضل، وعليه أن يتم ما بدأه من مهمة، يعبّر أو يسأل عمّا شاهده أو صادفه أثناء العمل، يصغي بشكل أفضل، ينظم خطوات

---

(١) تعتبر هذه التقنية إحدى وسائل التعلم الحديثة والمفيدة في مجال تعديل السلوك أو تصحيح الإجابات الخاطئة التي تصدر عن الطفل، وفي هذه التقنية يتم تصحيح برامج خاصة بحالات الأطفال، تقسّم موضوعاتها إلى فقرات أو وحدات صغيرة متسلسلة من السهل إلى الصعب، والطفل لا ينتقل من وحدة إلى أخرى إلاّ إذا كانت استجابته صحيحة، وفي مثل هذه الحالة يتم إعطاء إشارة للطفل بواسطة منبهات سمعية أو بصرية (Feedback) بصحة الأداء الذي قام به، أو العكس، فإن الطفل لا يستطيع الانتقال إلى الوحدة التالية، طالما أن إجابته خاطئة، وفي هذه الحالة لا يستطيع الطفل اشباع حاجته أو مطلبه، أو تلقّي المعزز إلاّ إذا كانت حركته واستجابته على الكمبيوتر صحيحة وهكذا، وغالباً ما يستخدم في هذه الطريقة الكمبيوتر الناطق، كما قد تستخدم برامج معقدة تتطلب من الطفل اجتياز عدد من الوحدات بشكل صحيح، مع زيادة الانتباه والتركيز أو الاستقرار والتوافق البصري ـ الحركي حتى يصل إلى النتيجة بالشكل الصحيح. وبمعنى آخر يتم تعزيز الاستجابات الصحيحة لدى الطفل والتي تقترب تدريجياً من السلوك النهائي المراد التوصل إليه.

العمل حتى يصل إلى النتيجة أو إلى الإجابة الصحيحة، يتفاعل مع أطفال آخرين، أو أشخاص آخرين متواجدين أمام الحاسب، إضافة إلى توفير جو من اللعب والمرح، والتمييز بين الإجابة الصحيحة والإجابة الخاطئة، وزيادة الزمن، وملاحظة تواتر الأخطاء التي يرتكبها الطفل . . . الخ . وقد صممت بعض البرامج وأجهزة الحاسوب بحيث زوّد بعضها بجرس يعطي إشارة للطفل في حال الإجابة الصحيحة، وكان الطفل يشعر بعدها بالراحة ويرفرف يديه من الإثارة والفرح (ومع تقديم المعزز)، والمشرف على الطفل يحثّه تدريجياً أن لا يفعل ذلك بيديه، وأحياناً يرفع الاختصاصي لوحة الحاسوب من أمام الطفل حتى يتوقف عن الإثارة والحركة الزائدة، وطبعاً بدون عنف أو توليد النفور لديه، وهذه الطريقة تجعل الطفل لا يضيّع وقته، وهي في حد ذاتها تعتبر تعليمية وبمثابة معزز للطفل، وبهذا يمكن اعتبار هذه الاستراتيجية مفيدة في إزالة السلوك غير المناسب .

إن محتوى برنامج الكمبيوتر سهلٌ بالنسبة لأطفال فرط الحركة (والتوحد) وغيرهم، وذلك مقارنة بتعلم نفس المعلومات من خلال الشخص أو المعلم، والواقع أنه لا توجد برامج معلومات صممت خصيصاً لهؤلاء الأطفال، لكن معظم البرامج الحاسوبية تعتمد على المستوى التعليمي للطفل، ويمكن أن تكون مفيدة لأمثال هؤلاء الأطفال، وإحدى فوائد الكمبيوتر أنه يقدم المعزز للطفل مباشرة، أو يعتبر (في حد ذاته) بديلاً عن الشخص الذي يقدم المعزز، ويكون ذلك مرتبطاً بالسلوك الذي يقوم به الطفل وبدون تدخل الآخرين، وهذه من النقاط الهامة في عملية تعليم الطفل وتعديل سلوكه بالطرق الإجرائية الحديثة والتي غالباً ما تعتمد على القاعدة التالية :

سلوك الطفل الصحيح ⟵ يؤدي إلى المعزز وهو الإحساس بالسرور

سلوك الطفل الخاطىء ⟵ لا يؤدي إلى المعزز بل يؤدي إلى الإحساس بالضيق

إن هذا التدريب يستغرق وقتاً، ومن الضروري استبعاد كل ما يدور حول الطفل من مثيرات قد تشتت انتباهه أو تبعده عن مهمته على الكمبيوتر .

ولكن واحدة من مشكلات التعليم بالاعتماد على الكمبيوتر (وبالمقارنة بعملية

التعليم العادية) أنه لا يمكن تمييز أخطاء التلاميذ وإعادة تقديم المادة المتعلمة حسب الفروق الفردية بين الأطفال، لذلك فإن معظم برامج الكمبيوتر تؤكد على مهارات التعلم الصم (Rote Skills)(١) ولا تنمّي عملية الفهم والعلاقات وعلاقة السبب بالنتيجة، ولكن قد يستفاد من الحاسوب في جعل طفل يعتمد على طفل آخر عن طريق النمذجة (Modeling) أو التقليد، والواقع أن أطفال فرط الحركة يظهرون ضعفاً في عملية إدراك السببية، وفي عملية التقليد أو المحاكاة، لذلك لابدّ من حث الطفل وتهيئة جو التعليم بشكل أفضل للطفل.

ويستخدم حديثاً مصطلح التكيّف الفنّي (Technical adaptation)، وهو مصطلح استخدام في إطار ما يسمى بالهندسة البشرية، حيث أن الكمبيوتر يزود العديد من الأطفال ببرامج شيّقة خاصة تجعل الطفل يميل إلى التحكم في لوحة لكمبيوتر، وعادة ما تكون البدايات صعبة على الطفل ولكن قدرة الطفل على التحكم بآلة الكمبيوتر تزداد تدريجياً مما يزيد من قدرته على التوافق الحسّي - الحركي - الفكري مع

---

(١) مما لا شك فيه أن برامج الكمبيوتر أو تقنية الكمبيوتر بشكل عام أفادت كثيراً في مجال التعلم وفي مجال التعليم، وأجريت العديد من الدراسات، ووضعت عدة مؤلفات حول الكمبيوتر وكوسيلة مساعدة في عملية التعليم (Computer - assisted instruction) والتدريب وغير ذلك.. ولكن يؤخذ على معظم برامج الكمبيوتر أنها بعيدة عن عمليات التفاعل الاجتماعي (Non-social interactante) الحيوي، وأنها تجعل المتعلم يتوحد مع برامج الكمبيوتر بعيداً عن الآخرين في الغالب، وفي عمليات الكمبيوتر هناك خطوات آلية محددة يحددها البرنامج المتعلم، وبرامج الكمبيوتر أقل كفاءة في الكشف عن الفروق الفردية بين المتعلمين، وكذلك في ادراك أخطاء الأفراد، ومواضعها، وأسبابها، وبحيث يتمكن الفرد من إعادة تشكيل خبراته بالشكل الصحيح، وكذلك من فهم بعض الكلمات أو المفاهيم الصعبة، إن معظم برامج الكمبيوتر للأطفال تعتمد على مقارنة الكلمات بالصور التي تستدعيها هذه الكلمات، وبمعنى آخر إن الضغط على كلمة محددة تؤدي إلى صورة محددة أو العكس، أو أن هذه البرامج تعتمد على رسم خطوط (draw lines) بين أشياء لظهور أشكال محددة، أو لمس صورة معينة ليظهر لنا صوت حيوان مميّز مثلاً، وجميع هذه العمليات تتم بشكل آلي، ولا تعتمد على الفهم والتحليل العقليين أو ادراك العلاقات وخاصة علاقة السبب بالنتيجة، كما أن هذه البرامج لا تساعد الفرد على إشباع الحاجة إلى الفضول، أو على التجديد والتصور والابداع، لذلك فإن معظم هذه البرامج تعتمد على التعلم الصمّ أو المهارة الصماء، وهذا قد يؤثر في عمليات التعلم لدى أطفال فرط الحركة وغيرهم.

الكمبيوتر، وقد استخدم بعضهم برامج خاصة لتدريب أطفال فرط الحركة (وأطفال التوحد)، وتعتمد هذه البرامج على تدريب الطفل على لوحة مصنوعة من اللباد تتخللها دارة كهربائية (Power-pad) وهي عبارة عن سطح مسطح في داخلها مناطق حساسة تسمح بوضوع برنامج مكون من (٨ـ١٦) خلية، تكون على شكل مربعات كبيرة يوجد في داخلها أحرف وأرقام وصور. . . الخ، وهذه اللوحة اللبادية تسمح للطفل بعمل مقارنات، وإدراك علاقات؛ بالإضافة إلى تنمية بعض المهارات الحسية والحركية اليدوية، وتجعل الطفل أكثر تحكماً بسلوكه وباندفاعاته، مثلاً إذا ضغط الطفل على لوحة اللباد في خلية ما على صورة الكلب، فإن حظيرة الكلاب تظهر على شاشة الكمبيوتر مع مواقف مسلّية للطفل، وكذلك فإن إدارة الصورة على شاشة الكمبيوتر تؤدي إلى إضاءة الخلية على لوحة اللباد والتي تتضمن صورة الكلب، وهكذا يتم تنمية عملية المحاكمة، وعلاقة السبب بالنتيجة والانتباه والتركيز والإقلال من الحركة على الكرسي والاستفسار من خلال التفاعلات الاجتماعية للطفل.

وقد ثبت أن التدريب على الكمبيوتر يعمل على تعليم الطفل، وكذلك تنمية المهارات داخل الشخصية (Interpersonal Skills) مثل المهارات المتعلقة بالتخيل والتصوّر والتذكر، خاصة وأن برامج العلاج التي تعتمد على استخدام الكمبيوتر تأخذ بعين الاعتبار جانب التعلم، وجانب اللعب والترفيه، وجانب العمل، . . . وغير ذلك، ومن السهل على المعلم أو على الأسرة الإشراف على ذلك، وهذا بدوره يفيد في نقل المعلومات (نقل أثر التعلم أو الترديب) إلى مهارات أخرى مشابهة يمكن للطفل أن يمارسها في مواقف اجتماعية أخرى وخاصة المهارات مثل الليجو، ويجب ملاحظة أن طفل فرط الحركة يستغرق وقتاً أطول من الطفل العادي من العمر نفسه، ويمكن في السياق نفسه الاعتماد في تدريب الطفل على برامج الفيديو التي تكون بمثابة مكافأة أو معزز للطفل.

الطرق السلوكية في علاج حالات فرط الحركة:

هناك طرق نفسية ـ سلوكية متعددة لتعديل سلوك الأطفال أبرزها ما يلي :

١ ـ طريقة التجاهل (Ignoring) أو طريقة الإغفال (Omission therapy)

تشير الدراسات النفسية أن العديد من السلوكات السلبية لدى الأطفال يمكن أن تنطفىء، أو تزول تدريجياً إذا تمّ تجاهلها أو إغفالها (وخاصة في بدايات ظهور السلوك السلبي مثل سلوك فرط الحركة) وهذه حقيقة واقعية تتم من خلال نظام محدد، وخاصة عندما يكون سلوك الطفل سخيفاً ومزعجاً. . . مثل محاولة بعض الأطفال (الكبار) اختبار ردود فعل معلّمهم، والواقع أن عملية تجاهل سلوك الطفل غير السوي أو إغفاله مبني على مبدأ هو أن الطفل غالباً ما يقوم بهذا السلوك المزعج من أجل تحقيق بعض الأهداف أو المكاسب لذاته، ولا يقوم بهذا السلوك ويكرره أحياناً وبعناد إلا إذا وجد بأن هذا السلوك يحقق مكسباً لديه وبالتالي يؤدي ذلك إلى راحته النفسية ومتعته، وخفض قلقه، وتوتره، أو غيرته وغير ذلك، وقد وجد بأن من المكاسب الثانوية التي يحققها الطفل من سلوكه غير السوي، على سبيل المثال :

١ ـ لفت انتباه الآخرين من حوله إليه وكرد فعل لإهماله من قبل الآخرين .
٢ ـ أو لإثارة الآخرين ومعرفة ردود فعلهم، وتأكيد ذاته .
٣ ـ أو أحياناً ازعاج الكبار أو الانتقام منهم بشكل ما بسبب قسوتهم عليه .
٤ ـ إشباع بعض الحاجات أو الرغبات التي يصعب تحقيقها بالطرق السوية .
٥ ـ جعل الآخرين يهتمون به وبمطالبه .
٦ ـ . . . مكاسب أخرى .

إن سلوك الطفل متكرر ويؤءي إلى العديد من المشكلات وبشكل متفاقم لهذا تعتبر بعض جماعات التحليل النفسي أن وراء سلوك الطفل المتكرر والمزعج حاجة وعلى الكبار فهم هذه الحاجة، وهذا السلوك بمثابة رمز أو لغة رمزية يخاطب بها الطفل الكبار من حوله، لذلك فإن طريقة التجاهل تعمل على الحيلولة دون جعل الطفل يحقق مكاسبه، بحيث يشعر بأن هذا السلوك المزعج الذي يقوم به لم يعد يحقق الفائدة

المرجوة، وتدريجياً نجد الطفل يتخلى عن هذا السلوك. لقد ثبت بأن أطفال فرط الحركة (والتوحد) يدركون الاستجابة الانفعالية لدى الآخرين والتي لها قيمة لديهم، كما يدركون بأن هذا السلوك المزعج للكبار ذو قيمة عند هؤلاء (الكبار) فهم من خلال هذا السلوك يقدّمون ما يريده الطفل، أو ما يريد تحقيقه منهم من حاجات، أو رغبات أو غير ذلك، لهذا فإن الطفل يقوم بهذه الحركات المزعجة من أجل الوصول إلى استجابات سلبية لدى الكبار، وهي استجابات تعتبر ايجابية بالنسبة للأطفال، وعن طريق تجاهل سلوك الطفل وعدم إعطاء هذا السلوك الانتباه أو الأهمية يفقد قيمته كما يفقد قوته، أو على الأقل يفقد جزءاً من عملية التعزيز المصاحبة لهذا السلوك الطفلي، لأن سلوك الطفل لم يعد يحقق الغرض المطلوب، فإذا قام الكبار بعد ذلك بالعودة ثانية إلى الاهتمام بسلوك الطفل المزعج وجذب انتباههم إليه فإن ذلك سيعزز السلوك ليبدأ بالظهور ثانية:

إذن:

١ـ سلوك مزعج من الطفل ← يهدف إلى جذب نظر الكبار إليه ← ويؤدي إلى الإحساس بالراحة والسعادة، وخفض القلق والتوتر أو الخوف لدى الطفل

٢ـ الإحساس بالراحة والسعادة ← يؤدي إلى تكرار السلوك ← ويؤدي إلى زيادة قوة السلوك

٣ـ حدوث السلوك المزعج لدى الطفل + الاهمال وعدم الانتباه ← يؤدي إلى عدم تحقيق الهدف لدى الطفل وزوال السلوك تدريجياً.

والواقع أن طريقة التجاهل أو الإغفال تستخدم في المراحل الأولى لظهور السلوك لدى الطفل وقبل أن يصبح هذا السلوك عبارة عن عادة قوية مزعجة يصعب علاجها، ولأن الطفل إذا رضي عن ذاته بقيامه بهذا السلوك السلبي يصبح من الصعب إلغاؤه عن طريق تجاهله أو إغفاله. والجدير بالذكر أن التجاهل أو الإغفال يكون ضمن خطة منظمة وليس معناه عدم ملاحظة الطفل وسلوكه بشكل غير مباشر، إذ يخشى في هذه الحالة أن تصاحب عملية التجاهل (أو أن تؤدي) إلى مضاعفات خطيرة، ويجب على الاختصاصي ملاحظة أن هناك اضطرابات سلوكية ومشكلات يكون تجاهلها خطيراً مثل السلوك العدواني أو التدميري المستمر، والسلوك الجنسي، والسلوك غير السوي

الناجم عن مرض أو إصابة عضوية . . . الخ، ففي هذه الحالات يفضل استخدام أساليب علاجية أخرى مثل الإبعاد المؤقت، أو أسلوب التعليم الملطّف، كذلك يجب عدم تجاهل السلوك المؤذي للذات (ذات الطفل) والذي ينم عن وجود اضطراب في شخصية الطفل مثل العزلة الشديدة، والشتائم، والبكاء المستمر غير الطبيعي. ويجب في هذه الحالة معرفة مصادر إحباط الطفل وأسباب توتره، حتى يتم استبدال السلوك السلبي بالسلوك الايجابي، وتفيد هذه الطريقة في حالة الصراخ، والبكاء المستمر، ورفض الطعام، والشكاوى المرضية العابرة، وقضم الأظافر ومص الإصبع، ونتف الشعر، وتحطيم بعض الأشياء، بالإضافة إلى حركات سلوكية مزعجة مثل الصعود على الأثاث وقلب الأشياء. . ويرى علماء النفس أنه لابد من توفر بعض الشروط في هذه الطريقة مثل:

١ ـ الانتظام في تطبيق طريقة التجاهل لمدة قد تمتد لأيام أو لأسابيع.

٢ ـ عند تطبيق هذه الطريقة على الاختصاصي تجنب الاحتكاك البصري بالطفل على أن لا يرى تعبيرات الاختصاصي.

٣ ـ على الاختصاصي أن لا يكون قريباً من الطفل في المكان، وغالباً ما يتوقف الطفل عن سلوكه غير السوي إذا عرف أن لا أحد يسمعه أو يراه.

٤ ـ على الاختصاصي أن لا يدخل في مرحلة حوار أو جدل مع الطفل أثناء فترة التجاهل.

٥ ـ يجب أن تكون عملية التجاهل فورية، أي فور صدور السلوك المزعج من الطفل.

٦ ـ يجب على الاختصاصي معرفة أنه يتجاهل السلوك غير السوي ولا يتجاهل الطفل الذي قد يقدم إليه المعززات إذا التزم واشرك بالتخلّي عن السلوك المزعج.

ولكن كيف يمكننا تجاهل سلوك الطفل؟ ألا يرغب الطفل في حد ذاته أحياناً تجنب الآخرين والكبار له؟

إن عملية التجاهل تحتاج إلى مهارة وخبرة، وهي عملية تتطلب من الاختصاصي أو المعلم أو الأسرة سحب الانتباه الاجتماعي للطفل، وكذلك سحب العديد من المثيرات الممكنة من حوله بحيث يشعر بالتجاهل، والإغفال وعدم وجود أي مثير يتأثر بوجود

الطفل أو سلوكه، مثال:

إذا قام الطفل بخطف ورقة كان يُكتب عليها، وعندما تّم تجاهل هذا السلوك قام بوضع الورقة على الطاولة، وإذا اختطف الطفل الورقة ومزّقها وتم تجاهله نجده ينظر إلى الآخرين وكيف تمّ تجاهله وعدم الاهتمام بسلوكه من حيث النظر إليه أو من حيث الكلام معه. وقد ثبت بأن أسلوب التجاهل والإغفال يعتبر من الأساليب المفيدة في تعديل سلوك الأطفال، وخاصة عندما يكون الطفل متردداً في إتمام المهمة. ويكون تجاهل الطفل بالنظر بعيداً عنه لثوان قليلة دون أن يصاحب ذلك تعبيرات في الوجه، حتى يعود الطفل إلى المهمة التي كُلّف بها، فيعود الاختصاصي لتقديم المعززات اللفظية، مع الابتسامة وفي هذه الحالة فإن عملية التجاهل السابقة في حد ذاتها تضخّم أثر المكافأة التالية. ويمكن أن يستخدم أسلوب التجاهل أيضاً في قطع أو التوقف عن السلوكات المنفّرة، فإذا كان الطفل يقوم بعملية تصنيف بطاقات لصور حيوانات، أو لأبنية، أو سيارات شاحنة في شكل مجموعات، ويبدأ يعضّ كل بطاقة قبل تصنيفها، فإن صرخةً من الاختصاصي أو المعلم... بكلمة **(لا)** على شكل صوت قوي متميّز يلي عملية عض أو تقطيع البطاقة، مع جعل الوجه على شيء من الرزانة، والنظر إلى الأسفل لمدة ثوان من شأنها أن تؤدي بالطفل إلى وضع البطاقة في مكانها، فإذا أسرع الطفل وقام بتمزيق عدة بطاقات فإننا نكرر كلمة **(لا)** بشدة، وإذا كرر الطفل ذلك يمكن إضافة أي ملاحظة منفرة أخرى، والطفل في مثل هذه الحالات قد يحتاج إلى (٥ ـ ٨) مرات حتى ينطفىء هذا السلوك لديه. ويمكن للاختصاصي الذي يستخدم هذه الطريقة تسجيل ملاحظاته حول سلوك الطفل ومدى فاعلية هذه الطريقة في تعديل هذا السلوك. وفي حالة عدم فائدة أو جدوى هذه الطريقة على الاختصاصي إضافة طريقة أخرى أكثر فاعلية...

النمذجة (أو التقليد) وتدريب المهارات الاجتماعية للطفل:

من الطرق المفيدة في تعديل سلوك الطفل الذي يعاني من فرط الحركة هو طريقة التقليد أو نمذجة العمل أو المهمة التي يقوم بها الآخرون أمام الطفل (Task Modeling)، فمن المعلوم علمياً أن السلوك السوي أو غير السوي يتكوّن في بعض أبعاده من خلال التعلم من الآخرين، وبالاعتماد على أسلوب الملاحظة والتقليد، ونحن نعلم أنه حتى سلوك العدوان والقلق والتوتر . . . مكتسب، وتؤكد نظريات العلاج الأسري أن هناك ارتباطاً بين مخاوف الطفل ومخاوف والديه، لذلك يعتبر كثير من علماء النفس والطب النفسي أن العقاب أسلوب سيء في تعديل السلوك (ليس للأسباب السابقة التي أشرنا إليها) وذلك لأننا نرسم أمام الطفل نموذجاً عقابياً عدوانياً يشجّع على استخدام العدوان ويؤدي إلى عكس ما تهدف إليه التربية الأسرية، ومن المعلوم أيضاً أن من أعراض الاضطراب النفسي لدى الأطفال القصور في المهارات الاجتماعية وفي التفاعل الاجتماعي الإيجابي كما هو الحال لدى طفل فرط الحركة (أو طفل التوحد) لذلك فإن عملية التقليد، أو الاقتداء (من قدوة)، وملاحظة النماذج تعتبر من الطرق الفعالة في تنمية المهارات الاجتماعية، أو هي في حد ذاتها مهارة من المهارات الاجتماعية الهامة.

وفي مجال تعليم المهارات الاجتماعية، وكذلك في مجال علاج العدوان والقلق الاجتماعي يشترط وجود قدوة فعلية، أو شخص يؤدي النموذج السلوكي الصحيح والمتقن، أو يكون هناك قدوة رمزية من خلال عرض فلم، أو صور مسلسلة تكشف عن خطوات أداء السلوك الصحيح، مع الأخذ بعين الاعتبار أن يكون النموذج مقبولاً من الطفل وذلك بتوفر التشابه في السلوك، والتشابه في العمر، وتوفر جاذبية الأنموذج، والتماثل في الشخصية بين الأنموذج والطفل بحيث يتوحّد الطفل مع الأنموذج الذي يثاب إيجابياً على أفعاله، ولا يتقبل الأنموذج الذي يلقى العقاب، وفي الاقتداء يكون للآباء، وللمعلم دور كبير، ولابد من قضاء وقت طويل مع الطفل حتى تتاح له فرصة ملاحظة الأنموذج بكافة أبعاده الصحيحة.

وعادة يختار الاختصاصي نموذجاً معيناً يتناسب مع مشكلة الطفل، أو تكون السلوكيات التي يقوم بها الأنموذج مغايرة لسلوك الطفل الذي يطلب منه أن يقوم بمحاولة تقليد الأنموذج الذي يقوم به الأخصائي، أو المعلم، أو الأسرة... مثل بناء منزل من قطع طوب صغيرة، وهنا يلاحظ الطفلُ المعلمَ، أو الاختصاصي كيف يقوم بهذه المهمة، ثم يطلب منه تكرارها، وهو لا يفعل شيئاً غير عملية التقليد (Imitation) فقط. والواقع أن الميل إلى عملية التقليد يختلف من طفل لآخر، وبعض الأطفال الذين يعانون من اضطرابات في نموهم (PDD) يعانون أيضاً من بعض الصعوبات في عملية تقليد الأشياء أو الأعمال غير الموجودة (كثيراً) في الواقع الاجتماعي، لذلك لابد من مراعاة الفروق الفردية وقدرات الطفل في عملية التقليد منعاً لتعرض الطفل إلى حالة من التعب والضجر أو الملل وبالتالي النفور من عملية التقليد ككل. لقد تبين من التجارب بأن قيام الطفل بعملية التقليد يؤدي إلى زيادة قدرته على الانتباه وتهدئة حركته، ويمكن للاختصاصي وللطفل تقسيم عملية التقليد لعمل ما إلى مراحل أو إلى أقسام وذلك ما أمكن عوضاً عن تركه ينظر إلى العملية ككل. فإذا أراد الاختصاصي من الطفل بناء هرم من قطع طوب صغيرة وملونة، تكون الخطوة الأولى وضع أربع طوبات صفراء في القاعدة مثلاً، ثم ثلاث زرقاء، ثم اثنتين بلون أخضر، ثم يتم وضع طوبة واحدة في الأعلى ذات لون أحمر، فإذا قدّم لطفل فرط الحركة (أو الطفل الذي يعاني من التوحد) صندوقاً يحتوي على قطع من الطوب (غير حقيقي وعلى شكل مكعبات) ومن كافة الأحجام والألوان فإنه يصعب عليه إعادة تركيب التصميم السابق الذي لاحظه. إن معظم الأطفال يدركون هذا التصميم المعقد بالنسبة إليهم على أنه ككل، أو عبارة عن صيغة كلية، ويكون لمثل هؤلاء الأطفال صعوبة في تحليل التصميم، وإدراك الأجزاء والعلاقات ببعض، وتصوّر التركيب العام للشكل... لذلك يمكن للمعلم أو للاختصاصي تعليم الطفل كيف يجزيء العمل أو المهمة التي كلف بها، وذلك عن طريق استخدام عناصر اللون، ثم الحجم، أو العكس، فيبدأ الطفل بقاعدة الهرم، ويمكن للطفل أن يساعد المعلم في العمل في باديء الأمر، وذلك على سبيل المثال في اختيار الطوبات الصفر الأربع الكبيرة.... وهكذا يعمل المعلم أو الاختصاصي على تنمية الاهتمام، والقدرة على التصنيف والتمييز، والانتباه، والتركيز، والفهم لدى الطفل...

لقد تبين من الخبرة العملية بأن أطفال فرط الحركة (ومضطربي النمو بشكل عام) يعانون من صعوبة أو يفشلون في تجزئة الأشياء أو الأشكال إلى وحدات أصغر، مثلاً يصعب على طفل فرط الحركة ملاءمة خمس قطع تشكل معاً ولداً، ومعظم هؤلاء الأطفال يركزون على الشكل العام وليس المحتوى، وهذا ما يفسّر لنا أحياناً لماذا يحب الطفل شرب عصير التفاح والتمتع بمذاقه من خلال زجاجة معينة، دون أن تكون لديه القدرة على التمييز بأن مذاق عصير التفاح يبقى كما هو، ويشبه مذاق كل عصير تفاح في زجاجة أخرى، وهذا يدل على عدم قدرة الطفل على فصل الخصائص أو العناصر عن بعض من الناحية البصرية. وقد نجد الشيء نفسه بالنسبة إلى لغة أطفال اضطراب النمو مثل فرط الحركة (والتوحد خاصة)، حيث نجد أنهم يدركون اللغة على أنها ككل. وأحد الصعوبات اللغوية والمعرفية التي يعاني منها أطفال فرط الحركة (أو التوحد) و ادراكهم للغة على أنها أيضاً شيء غليظ، وأحد أعراض ذلك هو ترديد الألفاظ (Echolalia) حيث يكرر الطفل كلمات عديدة للإشارة إلى شيء واحد ذي خصوصية معينة، أو للإشارة إلى حدث معين، مثلاً المربع الأزرق يشير إلى جميع المربعات ودون أن يستخدم اللغة في تصنيف المفاهيم، ودون أن يعتبر بأن الألوان يمكن أن تختلف بغض النظر عن الشكل.

وكذلك تبين من الخبرة العملية بأن الطفل قد يجد صعوبة في تقليد العمل أو المهمة الموكلة له إما لأنه لا توجد لديه دافعية، أو لأنه لا يفهم ما هو مطلوب منه، فإذا فشل الطفل في مهمته - لكن بدت عليه الرغبة في الحصول على المعزز (المكافأة) - فمن المحتمل بأن المهمة قد تكون صعبة جداً على الطفل، بحيث لا يستطيع تحدّي المتعلم وتجزئة المهمة الموكلة إليه إلى عناصرها البسيطة، وبحيث يتم تعلم كل عنصر لوحده، ويتم تعزيزه إذا قام الطفل بتقليد هذا العنصر بشكل صحيح، وحتى يتمكن الطفل في النهاية من انجاز مهمة التقليد كاملة هذه الفكرة التي تعتمد على النجاح التدريجي المتصاعد تعتبر هامة وضرورية بالنسبة لجميع أطفال اضطرابات النمو ومن بينها فرط الحركة، كذلك حالات التربية الخاصة، أما بالنسبة لأطفال فرط الحركة (أو التوحّد) فيختلف الأمر قليلاً حيث أن مثل هؤلاء الأطفال يعملون بقدر استطاعتهم من أجل التواصل مع الآخرين عن طريق أداء المهمة، فمثلاً إذا أراد الطفل شرب العصير وكان

المعلم، أو الأسرة تمنعه عنه، وكانت لدى الطفل الخبرة أو القدرة على الوصول إلى العصير لفعل ذلك، وإذا عرف الطفل كيف يصل إلى حاجته عن طريق الإشارة إليها لفعل، وهنا يمكن للمعلم أن يعلّم الطفل بأن الوصول إلى العصير أو إلى الهدف يتطلب منه أن ينطق كلمة (عصير)، ويقوم الطفل بتقليد المعلم بشكل صحيح، بعدها يتمكن من الحصول على مادة العصير. وقد يبدأ الطفل بلفظ الحرف الأول من الكلمة، ولكن على الطفل قول كلمة (عصير) حتى يحصل على العصير، ثم عليه بعد ذلك أن يقول جملة (أنا أريد العصير)، وبعد ذلك من المحتمل التعميم بأن يطلب وبالطريقة نفسها الـ (سندويتش)، أو أي شيء آخر، بحيث تصبح هذه العبارة الكلية ضرورية من أجل حصول الطفل على أي شيء، وكأن هذه العبارة عبارة عن كلمة واحدة، أو مفهوم واحد، يمكن تجزئته إلى كلمات أو أحرف دون الإخلال بالمعنى، ولأن هذه العبارة ـ الكلمة يصبح لها معنىً واحداً ومدلولاً واحداً لدى الطفل وليس كلمات لكل منها معنى مثل: (أنا ـ أريد ـ عصيراً)، ولأن كل كلمة جزء أساسي من العبارة أو من المدلول العام، أو هي جزء من بناء الجملة.

ومن الضروري في حالات اضطرابات الطفولة السلوكية استخدام مقياس أو سجل لمعرفة عدد مرات أداء المهمة من قبل الطفل، وكم مرة كان الأداء صحيحاً، وهذا يبيّن للاختصاصي أو للمعلم في الفصل الدراسي مدى معرفة الطفل للتدريبات، وماذا تعلّم حتى الآن عن طريق النمذجة والتقليد والملاحظة، وما هي الأشياء الصعبة التي تعرّض لها، أو الأشياء التي يرفضها، ويمكن تسجيل ذلك على شكل درجات، وكذلك تدوين الملاحظات في سجل خاص، ويوضع هذا السجّل على الجدار أو على اللوحة بالقرب من طاولة التلميذ أو الطفل.

. على الاختصاصي، أو المعلم، أو المشرف على تدريب الطفل معرفة أي نمط من عملية التقليد أو النمذجة يستجيب إليها الطفل بشكل أفضل، وبدون إقحام أو تطفّل. يتم هذا العمل في العيادات النفسية، وكخطوة لعملية تقييم مقننة، ويمكن للاختصاصي عمل جلسة لعب لبعض الوقت أمام الطفل حيث يقوم باللعب لوحده. ويلاحظ الاختصاصي الطفل وردود فعله وأسئلته، ويمكن أن يشرح له بأن هذه لعبة للتنظيف، أو لعبة للرسم، أو لعبة مشية الدب، والطفل هنا يصل إلى اللعبة (الدمية) ويحاول تشغيلها ودفعها حوله، وبهذا يمكن للطفل أن يتعلم من هذا الموقف، وخاصة إذا كان لدى الطفل حب الفضول، وقد يلاحظ الاختصاصي أن بعض الأطفال يهربون من أو يتفادون محاولات اشغالهم بعملية تقدم سريعة أو متواصلة في عملية التقليد لعمل ما يقوم به الكبير، أو الاختصاصي، وقد يصعب على الطفل ملاحظة النشاط الذي يقوم به الكبير عن بعد، ومثل هذا الطفل قد يقاوم عملية التغيير، أو يقاوم عملية أداء المهمة بسرعة متواصلة، ومثل هذه الحالات من التعليمات يجب أن تكون في إطار امكانيات الطفل وقدراته، لذا يخطىء بعض الكبار عندما يعاملون الطفل الذي يعاني من فرط حركة في سلوكه معاملة الطفل العادي، لهذا نذكر باستمرار أن قدرات مثل هذا الطفل على الفهم والانتباه والتركيز محدودة، كما أنه سرعان ما يتعرض لحالة التعب والملل ويجب أخذ ذلك بعين الاعتبار من خلال تقسيم مهام الطفل، وإعطاء الوقت الكافي للعمل لديه، والابتعاد قدر المستطاع عمّا يسمّى بالتدريب المكثّف، والاعتماد على التدريب الفاصلي المجزأ إلى مراحل يتخللها راحة أو معززات. . . وهذا ضروري فيما يتعلق بالمهام الجديدة التي توكل للطفل، وبعض حالات الأطفال تتطلب التعليمات الواضحة المتكررة والمفصّلة مع توفير فرصة الأداء المريح للطفل مما يساعد على جذب انتباهه والاستمرار في ذلك. غير أنه تصعب السيطرة على بعض أطفال فرط الحركة، كما يصعب على الاختصاصي ضبط سلوكهم، وقد تبيّن أنه في مثل هذه المواقف غالباً لا تكون هناك علاقة منسجمة أو حسنة بين الطفل والاختصاصي، أو بين الطفل والكبار من حوله، مثل المعلم الذي يعطي التعليمات إلى الطفل ويلتزم بذلك إلا أن المعلم بعد فترة

طويلة يقوم بتقديم العون أو المعزز للطفل (تأجيل المعزز)، أحياناً يطلب المعلم من الطفل أن يقف داخل الصف مراصفة مع باقي الأطفال ليذهب إلى الملعب الخارجي، وعوضاً عن ذلك يندفع الطفل بأقصى سرعة خارج باب الصف، أو بإمكانه عمل شيء آخر أسوأ، وقد يرجع الطفل ليطلب المساعدة من باقي أطفال صفّه للوقوف داخل الصف، وقد يكرر هذا السلوك المزعج للمعلم وللآخرين. وفي مثل هذه الحالة يفضل عدم معاقبة الطفل بل إغلاق الباب الذي خرج منه بشكل يصعب على الطفل فتحه، إذا كان ذلك غير كاف أو تدريبه على تقليد باقي الأطفال... وهكذا يقوم المعلم بضبط الظروف أو المواقف التي صاحبت سلوك الطفل وحركته الزائدة، ويمكن في المرات التالية تذكير الطفل وبهدوء بذلك وبما يجب عليه عمله قبل الخروج إلى الملعب، كما يمكن إشراك زملاء الصف من الأطفال في هذه الإجراءات مع الإشادة بسلوك الطفل الصحيح الذي قام به، وتلقي الاستحسان من باقي أطفال الصف (إعطاء الأطفال (٥) دقائق لعب إضافي مثلاً)، وذلك بسبب سلوك الطفل (س) الايجابي، ويفضل بالنسبة لأطفال فرط الحركة اختيار الألعاب التي تضبط حركات الجسم، أو تنظم إيقاع الجسم لديهم وتنمّي لدى الطفل الإحساس بحركاته وبأطرافه مثل لعبة (الحجلة، والقطار المسافر، لعبة القفز داخل دوائر، لعبة تمثيل هبوط الطائرة وإقلاعها، لعبة اللمسة (إذا لمس الطفل الآخر وقف مكانه دون حراك)... إلخ.

طريقة إعادة التوجيه الإيجابي لسلوك الطفل:

هذه الطريقة، أو هذه التقنية، تتطلب إعطاء الطفل بعض الأشياء الإيجابية والتي تهمه كطفل للقيام بها، وذلك بعد قيامه بسلوكه المزعج أو المنحرف، أو بعد معاقبته بسبب عمله شيئاً سيئاً، وتهدف هذه الطريقة إلى تحويل انتباه الطفل واهتمامه من شيء لآخر في الوقت نفسه الذي يحدث فيه السلوك السيء، ومن الطبيعي أن ذلك يتطلب خبرة كما يتطلب معرفة الأشياء التي تثير اهتمام الطفل، وبهذا يتم تحويل انتباهه من شيء إلى آخر، أو نقله من عمل سيّء إلى عمل عادي أو أقل سوءاً، وهذه الطريقة تفيد في تعديل سلوك الطفل دون توجيه عقوبة إليه، ودون وقوع أضرار مادية بسبب سلوكه السلبي، وتطبق هذه الطريقة في حالة عدم التزام الطفل بالتخلي عن سلوكه المزعج

وبعد توجيه الملاحظات إليه دون فائدة من ذلك. الطفل (صموئيل) على سبيل المثال كان في كل مرة تتاح له فيها الفرصة يهرع إلى طاولة المعلمة وينظر إلى ما عليها من أقلام أو أدوات ثم يأخذها ويرميها بالهواء وهو يقهقه. كان (صموئيل) يقوم بهذا العمل وهو في حالة طيش واستهتار، وكان المشرفون يهرعون إليه ويصرخون في وجهه (لا . . لا)، وبعد ذلك كانوا يحاولون تعليمه عملية جمع الأقلام والأدوات ثانية من على الأرض قلماً قلماً، وأداة أداة، ومساعدته بتوجيه يده نحو التقاط هذه الأشياء من على الأرض بقدر المستطاع، فيقوم بجمع الأدوات والأقلام ووضعها على الطاولة بمساعدة مشرفه وهو يقهقه بشكل خفيف، ثم يعود إلى مقعده، لكن ما أن يدير المدرب ظهره، حتى يسرع (صموئيل) إلى الأقلام والأدوات مرة أخرى ليرميها في الهواء وعلى الأرض . . . ، فيقوم المشرف على الفصل بنقل الأقلام (المثيرات للطفل) إلى مكان آخر لا يعرفه الطفل. وفي مرة تالية استخدم المعلم طريقة الوقت الضائع، وفي مرة ثالثة قام بإشغال الطفل بمثيرات أخرى غير الأقلام، حيث قدّم له كرة صغيرة، كما قام بإسماع الأطفال شريط كاسيت يحتوي على أغنية للأطفال، كما قام الأطفال بترديد نشيد مع إيقاع معين، مما جذب انتباه (صموئيل) الذي تخلص تدريجياً من عادة رمي الأقلام والأدوات، وتعلم طريقة صحيحة في الأداء. وفي إحدى المرات تمّ نقل (صموئيل) إلى مكان آخر حيث لا يشاهد الأقلام والأدوات على الطاولة، وهكذا تمّ نقل انتباه (صموئيل) إلى موضوع آخر.

لهذا، وقبل عملية تعليم أو تدريب طفل فرط الحركة على مهمة ما من الضروري العمل على جذب انتباهه، وهذا ليس بالأمر السهل بالنسبة لأطفال يعانون من فرط الحركة ومن ضعف الانتباه والتركيز، فسرعان ما يتشتت انتباههم كما أنهم لا يستطيعون الاستمرار في هذا الانتباه . . . وهذا يختلف عن الطفل الذي يعاني من اضطراب التوحد، أو اضطرابات الأطفال الأخرى، حيث أن الطفل الذي يعاني من اضطراب التوحد يبحث دائماً عن طريقة يتجنب من خلالها التفاعل مع الآخرين، لذلك على المعلم، أو الاختصاصي أن يعمل على جذب انتباه طفل فرط الحركة قبل تدريبه أو تعليمه، وبعض الاختصاصيين يستخدمون طريقة النداء؛ أي نداء الطفل باسمه أولاً، ثم القول له (انظر)، أو استمع، ثم بعد ذلك يبدأ بتقديم البرنامج أو مواد

المنهج المقرر، حيث يتكلم الاختصاصي ببطء، ويشرح ببطء، ويكرر، ويراعي مستوى لغة الطفل وقدراته وعمق مشكلته، ويمكن للاختصاصي الاستعانة بالحركات الإمائية، وقد يطلب من الطفل إعادة أو تكرار الشروح التي قدمها الاختصاصي، وذلك للتأكد من مدى استيعاب الطفل. ويتم تصحيح أخطاء الطفل، وعلى الاختصاصي جعل الطفل يجرّب بعض الكلمات ويكررها قبل الإجابة، خاصة إذا كان الطفل يواجه صعوبة في عملية الاستقبال اللغوي، ويشجع الطفل على سماع طريقته في الحديث من أجل معرفة تعبيرات الوجه، والعاطفة التي تتغير لدى الطفل حسب المواقف المختلفة. إن الطفل الذي لا يرغب في الكلام يعبّر عن كراهيته للتواصل الاجتماعي بسبب قسوة المجتمع من حوله، إنه يحاول تجنب المثيرات الكلامية، أو اللغوية. إن لدى أطفال فرط الحركة ضعفاً في قابلية استخدام اللغة مقارنة بباقي الأطفال من أعمارهم، إن الطفل بعمر (٢ ـ ٣) سنة فأكثر يستخدم كماً من الكلمات الخاصة من أجل توجيه سلوكه، ويمكن للطفل أن يعجب بكلام الكبار وأحاديثهم عندما تكون على شكل روايات أو قصص، وهذا ما يمكن استغلاله في عملية تعليم الطفل أو تدريبه، بحيث تعطى إليه التعليمات على شكل قصة (حول صغار الحيوانات مثلاً)، وبعد ذلك يبدأ الطفل في الحديث مع الاختصاصي واستخدام الكلمات التي استخدمها داخل القصة وهذه خطوة تعليمية معرفية هامة للطفل تعمل على تنمية حس اللغة لديه وزيادة محصوله اللغوي، وقدرته على التواصل اللغوي، وكذلك الانتقال إلى موضوعات أكثر تجريداً فيما بعد.

هذا ويفيد أحياناً استخدام التمارين الرياضية لجذب انتباه الطفل. إن سماع موسيقى هادئة مصاحبة لعملية التدريب أو التعليم تساعد على جذب انتباه الطفل (وقد فسّر بعض الفسيولوجيين ذلك بإفراز الإندورفينات وهي إحدى النواقل العصبية (En-dorphins)، وهناك مدارس خاصة في ولاية ماساسوستش الأمريكية مثل مدرسة (Higashi School)) تستخدم هذه الطريقة في تعليم أطفال فرط الحركة). إن للغة الكبار ردود فعل لدى الأطفال مثل الابتسامة أو تحريك الأطراف... والواقع أن طفل فرط الحركة وبسبب الظروف الأسرية السيئة وفشل التواصل مع الآباء وخاصة الأم نجده لم يستطع تعلم الكلام بشكل مبكر أو مناسب، بحيث نجده قلّما يستجيب

لكلمات أمه عن طريق الابتسامة أو النظرة الحادقة، ونقص الاستجابة لدى الطفل وضعف التواصل اللغوي يجعل الطفل يفرط في حركته، ويجعل الآباء يفرطون في الحديث مع الطفل، أو الحديث بصوت مرتفع ظناً منهم أن ذلك مفيد، وعندما يريد الكبار استخدام اللغة مع الطفل فإنهم يستخدمون لغة اعتادوا أن يستخدموها مع الأطفال الصغار من نفس عمره الزمني متناسين في ذلك العمر اللغوي لدى الطفل، وهكذا يتأثر الطفل حتى أنه يصبح بحاجة إلى مساعدة من أجل تصحيح لغته، والتواصل مع الآخرين، ويمكن الاستعانة بالحركات الإيمائية (Gestures) لتعزيز هذا التواصل مثل حركات الأيدي للإشارة إلى موضوعات مختلفة مثل: الاتجاه، السرعة، نمط الحركة، تعبيرات الوجه والعاطفة، كما يمكن استخدا اللغة البصرية (Visual Language) إلى جانب اللغة الشفوية (Oral Language). إن تأخر اللغة لدى الطفل واعتماده على الحركات الإيمائية وغيرها يسبب إزعاجاً له وللآخرين واضطراباً في سلوكه وفي تواصله الايجابي معهم.

العلاج الحسّي التكاملي (Sensory integration therapy):

وهو من الطرق المفيدة في علاج حالات فرط الحركة ونقص الانتباه... ويعتمد على فكرة دمج مريض فرط الحركة داخل مجال منظم من المثيرات الحسّية، كما هو الحال في العلاج بالعمل (O.T) حيث يتم دمج الطفل في علاقة مع مهام عملية حسّية مفيدة يومياً ولمدة ساعة واحدة وسطياً، وذلك لأن أطفال فرط الحركة يعانون من هذه الشذوذات الحسّية في التعامل مع الأشياء أولاً ثم مع الأفراد، ويفيد ذلك في تنمية قدرة الطفل على الانتباه والتفكير والاستيعاب، مثلاً تنمية الإحساس باللمس، أو تنمية الإحساس بالألم، وتفادي الأصوات المزعجة سمعياً، والنظر إلى الأشياء، وتمييز الرائحة... وكذا باقي الأشياء، وبشكل منظم ومتواصل. إن عملية الدمج الحسّي للطفل تجعله يتنبّه إلى عدة مثيرات مختلفة الشدة، يميّز بينها، ويختار منها، أو يستجيب لبعضها، ويمكن للاختصاصي الانتقال من الأشياء الحسّية إلى ردود الطفل نحوها، ومن الخاص إلى العام، ومن المثيرات الأقل شدة إلى الأكثر شدّة، إلى أن يألف ذلك، ويمكن في هذه الحالة استخدام طريقة التحصين المنظّم أو طريقة (إزالة التحسس)

(Systematic desensitization)، وهذا ما يفيد أيضاً في الدمج الاجتماعي للطفل وفي تنظيم ردود فعله الاجتماعية، علاوة على الفائدة الكبيرة التي يحصل عليها الطفل من خلال العلاج بالعمل وأداء مهمة ما يكلف بها تحت إشراف الاختصاصي.

الإبعاد المؤقت للطفل (Time out) / أو طريقة الوقت الضائع:

تعتبر هذه الطريقة من الطرق الفعالة في مواجهة مشكلة فرط الحركة لدى الطفل، وهو نوع من أنواع العقاب له بسبب سلوكه المزعج غير السوي، ويتم ذلك عن طريق عزل الطفل إثر ظهور السلوك غير السوي مباشرة، ويتم إبعاد الطفل بعيداً عن المكان الذي هو فيه لفترة قصيرة، لمدة (٣ـ ٥ ـ ١٠) دقائق وسطياً، ودون أن يلقى في هذه الفترة أية معززات نفسية أو اجتماعية، ويعطى هذا الوقت للطفل من أجل أن يهدأ، وكذلك من أجل أن يتأمل العمل السيء الذي قام به، ومن فوائد هذه الطريقة أيضاً أنها تعمل على إنهاء الموقف، أو الصراع، أو اضطراب السلوك الذي يرتبط بالمشكلة المتعلقة بالطفل فوراً، فنحن نعلم بأن إبعاد طفلين متشاجرين ينهي المشادّة بينهما، كما يعطي ذلك للاختصاصي الفرصة للتحكم الانفعالي، وكذلك إبعاد الطفل عن المشتتات البيئية لانتباهه، والتي قد تعوقه في استكشاف طرق أفضل لسلوكه في المستقبل، وتستخدم هذه الطريقة في حالات فرط الحركة المزعجة لدى الطفل، وفي حالات السلوك العدواني، وضرب الآخرين، وإتلاف الأشياء، وسرقة شيء أو دمية مثلاً، أو اللعب بالكرسي أو الطاولة، أو إزعاج الآخرين داخل الفصل الدراسي، أو في موقف ما، ويشترط في عملية الإبعاد المؤقت تجنب الهياج الانفعالي للطفل أثناء تطبيق هذه الطريقة، وكذلك تجنب الجدال والمناقشة أو الحديث معه... وذلك لأنه لم يلتزم بقاعدة أساسية تمّ الاتفاق عليها مثل عدم ضرب زميله، أو الخروج من الصف دون مبرر، أو رمي الأقلام في الهواء... وعلى الاختصاصي تجاهل كل ما يصدر عن الطفل من احتجاجات. وتختلف فترة العزل أو الإبعاد حسب عمر الطفل وبشكل طردي، حتى تصل إلى (١٠ ـ ١٥) دقيقة للطفل الصغير وحوالي (٢٥ ـ ٣٠) دقيقة للكبير وتزداد المدة كلما رفض الطفل ذلك. ويجب إعلام الطفل أن عليه أن يفكر في سلوكه في هذا الوقت، وأن هذا الوقت هو ليس عقوبة له وعليه الالتزام بالهدوء أو

إطالة المدة له، وفي حالة استجابة الطفل يتم تعزيز سلوكه الإيجابي الجديد، والكف عن سلوكه السلبي، بالإضافة إلى إظهار الاهتمام للطفل، والحب، والاستحسان بالعناق والألفاظ، واستجابة الأبوين لطلباته، وفي بعض الحالات يقوم المعلم بوضع الطفل في آخر الفصل ووجهه إلى الحائط، ويرفع يديه إلى الأعلى أحياناً، أو إخراجه من الفصل مع مراقبته، والواقع أن مثل هذه الطريقة تفيد في حالات فرط الحركة لدى الأطفال (ولكنها لا تكون فعّالة لدى الأطفال الذين يعانون من التوحّد، لأن الطفل الذي يعاني من التوحّد قلّما يشعر بأن عملية العزل منفّرة له أو هي بمثابة عقوبة ينجم عنها الضيق أو الألم أو التوتر). . . ولكن بعض الآباء يقررون بأن طريقة الوقت الضائع وعزل الطفل لم تؤثر كثيراً على طفلهم، والواقع أن بعض الحالات التي وردت داخل الدراسات حول طفل فرط الحركة تشير إلى أن المعلم أجلس الطفل جو (Jose) خارج قاعة الدرس لمدة خمس دقائق، ولكن الطفل كان يلعب في هذه الفترة، واستمتع بالوقت خارجاً، ولم يشعر بأن ذلك كان عقوبة له، وبهذا يمكن القول إن السلوك السلبي هو الذي تعزز لدى الطفل، ولكن المعلم قال للطفل عندما عاد: إذا كنت لا تحب مادة الحساب فبامكانك أن تذهب إلى الشرب وتعود ثانية خلال الدرس، وأنا أسمح لك بذلك، وفعلاً قام المعلم بتعزيز مادة الحساب عن طريق إعطاء راحة للطفل، ومنعه من التعرض للملل أو التعب كما هو الحال لدى أطفال فرط الحركة، ويمكن للأسرة داخل المنزل ارتكاب الخطأ نفسه عندما ترسل الطفل للجلوس وحده في الغرفة لبعض الوقت بسبب سلوكه السيء، والآباء يلاحظون أن الطفل كان يلعب داخل الغرفة، أو أنه ذهب للنوم والراحة، وفي هذه الحالة نجد أيضاً بأن السلوك السلبي للطفل هو الذي تعزز وهذه قضية هامة يجب الانتباه إليها عندما نكون بصدد طفل فرط الحركة.

إذن، كيف يمكننا استخدام طريقة الوقت الضائع أو العزل للطفل كوسيلة تؤدي به إلى النفور والضيق؟ يرى البعض أن هناك شروطاً محددة يجب على الاختصاصي الالتزام بها حتى تصبح هذه الطريقة فعّالة. إن هذه الطريقة يمكن أن تستخدم من قبل المعلم، والآباء، والاختصاصي المعالج. . . عندما يحدث السلوك المزعج أو السيء ينقل الطفل مباشرة إلى مكان آخر لبعض الوقت، ويجب أن لا يكون بمستطاع الطفل

أن يفعل شيئاً، ويمكن أن يطلب من الطفل (الكبير) أن يقوم بالعد (الأرقام الحسابية) أو (الأحرف الأبجدية) أثناء فترة العزل، مع ملاحظة أن لحظات الوقت الضائع ليست للشرح للطفل ما هو الخطأ الذي ارتكبه، لأن الطفل أتيحت له فرصة التوجيه ولعدة مرات سابقاً، كما أنها ليست لحظات لمفاوضة الطفل حول السلوك المستقبلي، وليست وقتاً للتلطيف أو التهدئة، ولا من أجل أن يقوم الأهل أو المعلم بإخبار الطفل عن أسفهم حول سلوكه السيء، ويجب على الطفل أن لا يحتك بالكبار، ولا ينظر إليه، ويتم إهماله، حتى يتم كبح أعماله السيئة أو الإمساك عنها، فإذا كانت هناك علاقة مع الكبار أثناء فترة العزل أمكن للطفل أن يترك تلك الفترة، وإذا كان الطفل كبيراً فإنه يصبح من الصعب كبح جماحه، أو صراخه وهيجانه بواسطة هذه الطريقة، وفي مثل هذه الحالات يمكن للمعلم استخدام بديل عن ذلك إمّا أن يجلس الطفل على شكل القرفصاء على الأرض مع تصالب الذراعين، ويمكن ربط اليدين من الخلف بإحكام إذا تطلب الأمر ذلك، أو وضع الطفل في وضعية السلحفاة حتى ينحني على ركبتيه والرأس إلى الأسفل، وهذه الطريقة قاسية لكنها تعمل على تهدئة الأطفال الذين يفرطون في حركتهم ويكونون أكثر إثارة، وعندما ينتهي زمن الوقت الضائع على الاختصاصي أو المعلم إعادة الطفل مباشرة للقيام بنشاط مقبول، ويفضل أن يكون النشاط الذي بدأه قبل عزله، وهذا قد يؤدي إلى إزالة السلوك السابق الذي تسبب في عملية عزل الطفل، وإذا عاد الطفل ثانية إلى فرط حركته أو عدوانيته على طفل آخر، أو على الأشياء. . . فمن المفضل نقله إلى مكان آخر بعيداً عن الأطفال الآخرين، وإذا استجاب الطفل لتوجيهات المعلم تقدم إليه لعبة كهديّة أو كمعزز له، هذا وقد وجد بأن نسبة (٥٥ ـ ٦٠٪) من أطفال فرط الحركة يستجيبون لهذه الطريقة.

طريقة الصفع أو الضرب:

أشرنا في السابق إلى أنه من غير المفضل استخدام أسلوب الضرب أو القسوة أو التهديد أو التخويف، وما شابه ذلك، مع الطفل، لأن له مضاعفات كبيرة على نفسيته وسلوكه وشخصيته في المستقبل، وخاصة أن بعض الأسر أو المعلمين ينفعلون بشدة ويكونون في حالة قلق وتوتر شديدين عندما يطبقون هذه الطريقة مما يجعلهم يسيئون إلى

تطبيق هذه الطريقة، ومن المؤسف أن العديد من الآباء أو المعلمين يستخدمون طريقة الصفع مع أطفالهم كعقوبة عندما يشعرون بأن هناك سلوكات سلبية لدى الطفل تجعله يجلب إلى نفسه الصفع، وفي حالة استخدام طريقة الصفع داخل الأسرة مع الأطفال العاديين، فإن عليهم استخدام طريقة الصفع مع الأطفال غير العاديين، من أجل أن لا يشعروهم بأن هناك استثناء سواء في الأسرة أم في الصف، وبشكل عام إذا لم يشعر الطفل بإهانة وألم فإن العملية لا تجدي، ويجب مراعاة عمر الطفل حتى يدرك معنى هذه العقوبة ويقوم بالتحكم بسلوكه، وبشكل عام يجب أن تكون هذه الطريقة في نهاية الأساليب التي يستخدمها المعلم أو الآباء، وبعد فشل كافة الطرق السلمية الأخرى.

لقد ثبت أن هذه الطريقة لا تجدي مع أطفال فرط الحركة الذين يحاولون إيذاء ذواتهم أو إيذاء الآخرين، وكما أشرنا في السابق فإن الجدوى تكون مؤقتة، مع الأخذ بعين الاعتبار السلبيات النفسية والاجتماعية المترتبة على ذلك.

طريقة تقييد حركة الطفل:

من الطبيعي أن طريقة تقييد الطفل عن طريق ربطه برباط تعتبر طريقة غير مقبولة تربوياً ونفسياً وعلاجياً، وبالنسبة لكثير من حالات الأطفال. والواقع أن هذه الفكرة استمدت من الأربطة الخاصة التي ترفق بكراس خاصة داخل بعض الفصول الدراسية الخاصة وذلك لتثبيت أرجل وأذرع الأطفال الذين يعانون من شلل دماغي وهو ما كان يساعد هؤلاء الأطفال على الجلوس بشكل صحيح، وبعد ذلك تمّ استخدام هذه الطريقة وهذه الكراسي مع أطفال فرط الحركة شديدي الإزعاج، ومن أجل إرغام هؤلاء الأطفال على الجلوس بهدوء قدر المستطاع، وهذه الطريقة لا تعني مصارعة الطفل، أو تعريضه للأذى، كما وتتم دون تطفّل من الكبار أو دون إقحام، ويجب الأخذ بعين الاعتبار مدة وضع القيد، وكيفية إزالته، أو تحريره، وقد صممت حالياً كراس خاصة تعتمد على خدعة ميكانيكية آلية، ومنها ما هو مبرمج بحيث إذا هدأ الطفلُ بشكل صحيح لفترة من الوقت يفك القيد بشكل آلي. وفي بعض الحالات كان الطفل يربط من معصمه أو ركبته، ويناضل للخلاص من ذلك (سواء في المدرسة أم في البيت)، وهذه الطريقة لا تصلح لكافة الأطفال وإنما للحالات العدوانية المؤذية للذات أو للآخرين،

وبعض الأطفال يشعرون بصعوبة منذ صغرهم عندما يوضعون في كراس خاصة طفولتهم الأولى أو في عربة أطفال، وهذه الطريقة تجعل الطفل يشعر بالتوتر والخوف ومن أزمة نفسية، وخاصة عندما يجهل السبب الذي أدى إلى تقييد جسمه، علماً بأن الاختصاصي قد يضطر في الحالات الشديدة إلى تقييد جسم الطفل كما في حالة تخدير الطفل، أو وضع غرزة لعلاج الجروح، أو لإجراء رسم الدماغ الكهربائي، أو اختبار السمع، وهذا ما يخيف هؤلاء الأطفال، ولكن في كثير من الحالات لا تكون هذه الطريقة عدوانية، وقد لوحظ بأن بعض الأطفال يصبحون عدوانيين أو عنيفين، وقد يؤذون أنفسهم للخلاص من هذا القيد. وبشكل عام لا يلجأ الاختصاصي إلى هذه الطريقة إلا في حالات خاصة، وفي حالة فشل جميع الطرق الأخرى المتاحة، وكما أشرنا في حديثنا عن الطريقة السابقة فإن لهذه الطريقة العديد من السلبيات على الطفل.

طريقة التنفير الجسدي:

يقول الكثيرون إنهم لا يحبون فكرة استخدام المنفّرات، ولكن جميع الأفراد في الواقع يستخدمون بشكل أو بآخر منفرات من درجات مختلفة، وفي كافة التفاعلات الاجتماعية. إن المنفرات لا تعني الأمور الجسدية، أو إيذاء الطفل، وفي الحقيقة هناك أشياء تبدو منفّرة للأطفال وأخرى سارة لهم، ويرى بعض الاختصاصيين أن قطع انتباه الطفل عن طريق الوصول إلى وجهه وإدارته نحو الاختصاصي كما لو أنه يتكلم معه يمكن أن يسبب نفوراً بسيطاً للطفل، ويلاحظ بأن العديد من الأطفال يتجنبون الاستجابات غير السارّة عن طريق إغماض أعينهم، أو تحويل نظرهم إلى شخص آخر، ويرى بعض الباحثين القدامى أن الصدمة الكهربائية (Electric Shock) طريقة تستخدم في حالات استثنائية نادرة وحادة، مثل العناد الشديد المصحوب بسلوك إيذاء الذات أو إيذاء الآخرين، وفي حالة عدم الاستجابة إلى أساليب العلاج الكيميائي النفسي، مثلاً: طفل مفرط الحركة يضرب رأسه بالجدار لدرجة حدوث الإدماء أحياناً، أو الطفل الذي يحاول فقء عينيه... هذا وتصل شدّة الصدمة الكهربائية إلى درجة غير مؤذية، فيتعلم الطفل عن طريق عمليات الإشراط (Conditioning) أنه كلما أساء سلوكه تلقى صدمة كهربائية (وهناك كراسٍ خاصة مصممة لهذا الغرض)، ويرى

ـة كهربائية للطفل (الكبير) مخالف للقانون في المجتمع
' زال بعض الناس يهتم بتأثير العقوبة الجسدية في تغيير
'ســات النابعة من نظريات التعلم بأن الإشــراط التنفيري
ـ... Aversive Co) يساعد في تلاشي السلوك السلبي بسرعة أكبر مقارنة بالسلوك الذي يكتسب عن طريق الإشراط الإيجابي (Positive Conditioning)، يضاف إلى ذلك مشكلة هي أن هذه الطريقة تؤدي إلى آلام شديدة، وقد يؤدي تكرار الألم إلى زيادة تحمل الطفل، بحيث لا يعود التنفير الجسدي، أو الضرب، أو الصفع يردع السلوك الذي عوقب الطفل من أجله، ومما لا شك فيه أن لأسلوب العقاب البدني حدود، فبعض الأطفال يشعرون أحياناً برغبة واندفاع نحو نتف شعر الأطفال الآخرين، وفي مثل هذه الحالات يمكن تعليمهم طريقة سحب خاتم من إصبع الطفل الهدف عوضاً عن نتف شعره وقد نجحت مثل هذه المحاولات التبادلية.

طريقة الاقتصاديات الرمزية:

هذه الطريقة مفيدة في تعديل سلوك الأطفال، وتعتمد على المكافآت الطبيعية، كما أنها طريقة سهلة للمعلم، وللأسرة، وللإختصاصي، وتصلح لتدبر سلوك الطفل غير السوي، وتعتمد هذه الطريقة على جعل الطفل يحصل على صك (من البلاستيك)، أو قطع معدنية أو بلاستيكية ذات ألوان مختلفة كلما قام بالسلوك المقبول، ويمكن للطفل جمع هذه القطع واستبدالها بأشياء طبيعية مادية حسب رغبته، مثلاً شراء عصير، شاي، سندويتش، حلويات، شوكولا . . . إلخ، أي أن هذه القطع عبارة عن نقود رمزية، والواقع أن أطفال فرط الحركة (وأطفال التوحد) قد يجدون صعوبة في الانتقال من المكافآت الأوليّة (الطعام)، أو المكافآت الحسية المادية مثل الألعاب وغيرها، إلى المكافآت الرمزية أو المعنوية، ثم إلى هذه الطريقة التي تعتمد على نظام العملة الرمزية، إنها فكرة مجردة، مثل الذي يقطع وعداً بأنه سيقدم مكافأة جيدة إذا قام الطفل في لمستقبل بعملية التواصل الاجتماعي مع الآخرين بالشكل الصحيح، ويمكن للاختصاصي تدريب طفل فرط الحركة تدريجياً على كيفية استعمال طريقة الاقتصاديات الرمزية، كما يمكن للاختصاصي إجراء التصميمات

اللازمة من أجل ذلك، وهناك خطوات يمكن اتباعها لنجاح هذه الطريقة وهي:

١ ـ الطفل الذي يقوم بأداء السلوك المناسب، يقدم إليه المعزز حسب برنامج أو قائمة معدّة لهذا الغرض (قطعة نقدية رمزية)، ويتم إيداع المعززات داخل كأس فيه فتحة صغيرة من الأعلى، ويستخدم كلمة فيما بعد، أو مؤخراً تكتب على الكأس أو تقال للطفل مباشرة، ويعني ذلك أن هذه القطع النقدية الرمزية تصرف للطفل بعد قيامه بالنشاط المطلوب منه، عندما يقوم الطفل بأخذ القطع النقدية التي جمعها مرة واحدة ويستبدلها بأشياء مادية حسب رغبته.

٢ ـ فيما بعد، تتم زيادة الفاصل الزمني بين تقديم المعززات، حيث يتم إما تأخير تقديم المعزز قليلاً، أو جعل التلميذ يقوم بعدة مهام فرعية معاً، حتى يتمكن من الحصول على المعزز أو القطع النقدية الرمزية، التي تجمع داخل الكأس أو في مكان ما، ثم تستبدل فيما بعد بمعززات حقيقية حسب رغبة الطفل أيضاً.

٣ ـ تكرار السلوك السابق عدة مرات مع زيادة الفاصل الزمني، وكذلك زيادة عدد المهام التي يكلف الطفل بها، مثلاً: إذا جلس الطفل في مقعده داخل الصف بهدوء، وتكلم بصوت مقبول أو عادي، ورفع إصبعه عند السؤال، ولم يقاطع صديقه عند الإجابة على السؤال، هذه كلّها مجتمعة تؤدي إلى تناول المعزز (القطع النقدية الرمزية) وليس واحدة منها كما كان في السابق، حتى يتمكن الطفل من الالتزام بالتعليمات كاملة، ويتشكّل سلوكه بشكل صحيح.

٤ ـ يمكن فيما بعد جعل الطفل يختار بين عدة معززات بسيطة قد ربحها من جراء سلوكه العادي، أو بين معزز كبير وهام، مثلاً (٢٠) قطعة نقود رمزية مقابل كأس من العصير، أو قطعة شوكولا كبيرة، أو غير ذلك.

٥ ـ يمكن تغيير صورة تقديم المعززات بإعداد علامات (أو درجات) للإشارة إلى ما يكتبه الطفل في نهاية اليوم من مكافآت، أو في نهاية الأسبوع، ويمكن استخدام النجوم الملونة أو البطاقات، . . . ولا يشترط تطبيق ذلك على كافة الأطفال لكن لابد من مراعاة الفروق الفردية بينهم. إن وجود الطفل داخل الفصل الدراسي (حيث يخضع باقي الأطفال إلى نفس نظام الربح من القطع النقدية الرمزية) أمر يشجع على التنافس وعلى دمج الطفل في بيئة الصف، ويمكن للمعلم أو للأسرة العودة

ت من وضع العالم الأمريكي (سكنر).

طريقة التعلم الملاحظ:

ي علاج النفسي السلوكي يستعمل مع الأطفال ضعاف العقول والمضطربين سلوكياً. وفي هذا الاتجاه يقوم المعالج بتحديد المشكلة من حيث النوع والأبعاد، ويقوم برسم أهداف مسبقة للعلاج، وتستخدم طرائق التدعيم (أو التعزيز) وكذلك طريقة التجاهل أو الإغفال وطرق أخرى يراها المعالج مناسبة، ويعتبر بعضهم هذا الاتجاه مكملاً للعلاج السلوكي، وهو في مضمونه يعتمد على بعض الأسس في عملية العليم أو التدريب أو تعديل السلوك فهو (أي هذا الاتجاه في العلاج النفسي):

١ - يرفض استخدام العقوبة مع الطفل بكافة أشكالها، كما يتجنب استخدام الأساليب التنفيرية في تعديل سلوك الطفل. وخاصة الأساليب التي تعتمد على إحداث الألم أو الضيق أو التوتر لدى الطفل.

٢ - يرفض عملية التحكم في سلوك الطفل كهدف من الأهداف العلاجية.

٣ - لابد من تكوين علاقة وجدانية بين الطفل والاختصاصي، ومراعاة عواطف الطفل ومشاعره والتركيز على مشاعرو الحب والتقبل والتسامح واحترام الطفل والانتباه إلى أفكاره وقيمه وكل ما يكمن وراء ردود أفعاله.

٤ - الأخذ بعين الاعتبار أن الطفل صاحب المشكلة هو طفل أفسدته التربية السيئة، أو التدليل المفرط، وساهم في ذلك الكبار من حول الطفل، والذين لم يتمكنوا من تنشئته بشكل صحيح.

٥ - يرى أصحاب هذا الاتجاه أن وجود الآخرين يرتبط بالأمان والطمأنينة، وأن عملية لمس الطفل والابتسامة والعناق والود مكافآت بالنسبة للطفل، وأن مكافأة الطفل تأتي من خلال إسهاماته وليس من مجرد خضوعه. إن وجود المعالج، أو الوالدين مع الطفل يجب أن يكون مقروناً بالدفء وقد استخدم هذا المنهج في معظم حالات اضطرابات السلوك لدى الأطفال والكبار، وخاصة السلوك المتعلق بالعدوان، وتدمير الذات، والهرب من المنزل أو المدرسة، وفرط الحركة والكذب والسرقة وغير ذلك...

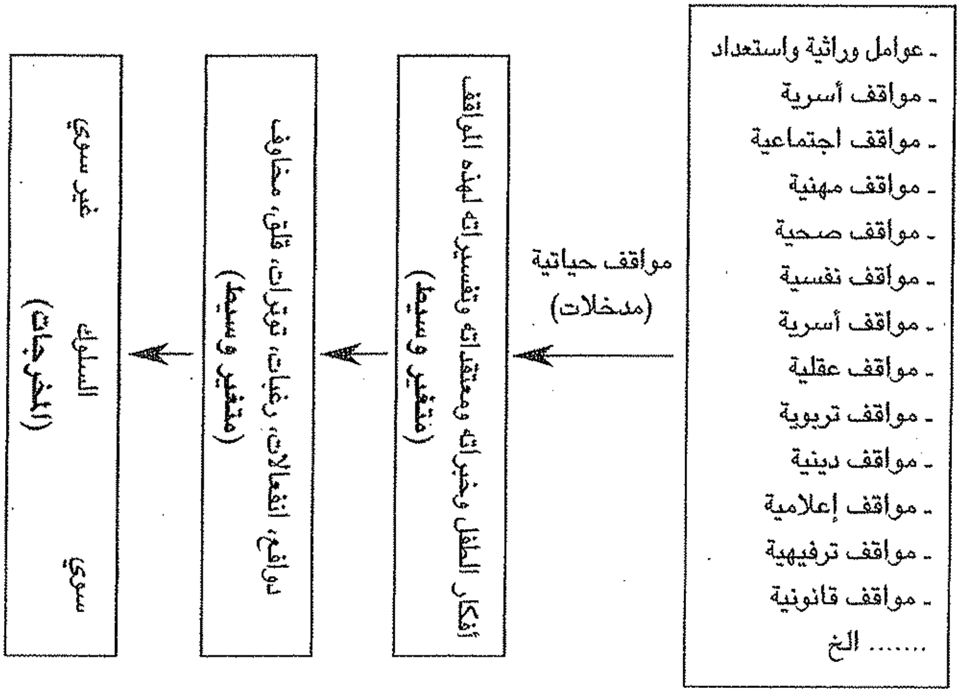
الفصل التاسع

طرق أخرى في تعديل سلوك الأطفال:

١ ـ تعديل الأفكار الخاطئة لدى الطفل:

هذه الطريقة يصعب استخدامها مع الأطفال الصغار ذوي الخبرة والمعرفة المحدودة، ولكن يمكن عن طريق تبسيطها استخدامها لدى الأطفال الكبار والمراهقين.

وتعتمد هذه الطريقة على مبدأ نفسي علمي وهو أنه لا يمكن الفصل بين سلوك الطفل (السوي وغير السوي) وبين الطريقة التي يفكّر بها، وبين الجوانب الانفعالية والاندفاعات السلوكية التي تظهر عليه، مثل سلوك فرط الحركة والاندفاع وعدم القدرة على التحكم بالسلوك، وهذه الجوانب الثلاثة؛ التفكير والمعتقدات العقلية والانفعالات النفسية وسلوك الطفل متفاعلة ويكمل بعضها بعضاً، ويمكن أن يضاف إلى هذه الأبعاد الثلاثة المواقف الاجتماعية التي يتفاعل معها الطفل والشكل التالي يوضح لنا ذلك:



هذه العلاقة المنطقية بين الفكر والسلوك والانفعال جعلنا نتوقع عملياً بأن يؤدي تعديل أفكار الطفل ومعتقداته أو تفسيراته الخاطئة للمواقف التي يمر بها، إلى تعديل سلوكه غير السوي مثل سلوك فرط الحركة، مثلاً يمكن للطفل (الكبير) أن يخفض من مستوى قلقه ومخاوفه وتوتراته النفسية، إذا ما تعلّم أن يعدّل من طريقة تفكيره الخاطئة، وبالتالي يعدّل من اضطراب سلوكه، وهذا المبدأ يعتبر من المبادىء الهامة في مجال العلاج النفسي السلوكي - المعرفي.

ومما لا شك فيه أن الإنسان وهو في قمة انفعالاته يفكر بطريقة معينة، ويترجم هذه الانفعالات إلى ردود فعل وأفعال، والتفكير عادة يتوسط بين ظهور المواقف والمثيرات البيئية أو الشخصية وبين الاستجابة أو السلوك الناتج عن هذه المثيرات، لذلك فإن الطفل عندما يثور وينفعل ويغضب أو غير ذلك . . . يتفاعل اضطرابه الانفعالي مع نشاطه الفكري ومع مدركاته، ومع النشاط السلوكي الحركي الخارجي، لهذا فكّر الباحثون بأنه يمكن تهدئة انفعالات الطفل عن طريق تعديل أفكاره الخاطئة واستبدالها بأفكار أكثر صحة وإيجابية، وجعل الطفل يدرك الصح والخطأ في هذه الأفكار (إعادة بناء البنية المعرفية للطفل)، وهذا بدوره يؤثر على سلوكه، ويتم ذلك من خلال المقابلات التي تجرى مع الطفل، والتدريب على تأكيد الذات، ولعب الأدوار، والتعلم من الآخرين، وغير ذلك. إن الطفل غالباً ما يتعامل مع مواقف الحياة وفق منظوره الفكري فيشعر بالقلق والتهديد والخوف، أو يشعر بالسلامة والهدوء والطمأنينة والتقبّل . . . وطريقة التفكير تختلف من طفل لآخر، وبالتالي يختلف سلوك الأطفال بين السواء واللاسواء، ومما لا شك فيه أن طفل فرط الحركة كان قد مرّ بمواقف حياتية أسرية صعبة نتج عنها انفعالات سلبية وأفكار أو خبرات خاطئة تتفاوت بين المعقوليّة واللامعقولية، لهذا كان سلوك الطفل مشوّشاً ومضطرباً، إن الطفل الذي تعرّض إلى القسوة وسلطة الأب، وموقف التهديد والضرب والتخويف والنقد والسخرية والغيرة والرفض . . . كل ذلك ترجم لدى الطفل من خلال عدة صور سلبية تأخذ شكل أحاديث مع الذات وهذه الأحاديث مثل:

١ - لا أستطيع تحمل هذه القسوة من الأبوين.

٢ - أنا إنسان ضعيف . . وبحاجة إلي مساعدة.

٣ ـ أنا طفل مرفوض من قبل أسرتي . . ومحروم.
٤ ـ لا يحبني الناس . . .
٥ ـ والدي يقسو عليّ باستمرار . . . دون سبب .

مثل هذه الأحاديث الذاتية تولد الاضطرابات الانفعالية لدى الطفل وتجعله يشعر بالتعاسة والرفض والشقاء والخوف والتوتر والتهديد المستمر، وهذا يؤثر في سلوكه وردود أفعاله تجاه الآخرين، ومع صغر الطفل، وتكرار هذه المواقف، يصبح سلوك الطفل عنيفاً وقاسياً ومزعجاً أحياناً، وقد لاحظ العالم الأمريكي ألبرت إليس (Ellis, A) (١٩٨٠) أن سوء التفكير وخطأ التفسير لدى الفرد (الطفل) غالباً ما يكون على النحو التالي:

١ ـ الطفل يبالغ أو يغالي في تضخيم المواقف ومعاني الأشياء ويهوّل الحوادث ومعانيها، ويبالغ في إدراك الأشياء ومعانيها، كما يبالغ في تفسير المواقف مما يؤدي إلى مشاعر الخوف والقلق والتوتر لديه، فهو دائماً يتوقع الشر دون وجود مبرر لذلك. مثل هذا التفكير الكارثي [كأن يقول الطفل لذاته (٢ + ٢ = ٤٠٠) وليس (٤)]، وهذا يضعف من قدرة الطفل على التحمل ويشعره بالإحباط والضعف، والكآبة، ويؤدي به إلى انحراف السلوك.

٢ ـ أحياناً يكون تفكير الطفل متجهاً نحو الإلزام، أو القهر، تفكيراً حتمياً، مثل: يجب أن أكون قادراً على عناد الكبار وتحدّيهم، وعندما يصر الطفل على ذلك ودون بدائل يكون قد انزلق في الإحباط واليأس والإحساس بالضعف، وعدم نمو الشخصية وانحراف السلوك.

٣ ـ وأحياناً نجد الطفل يستخدم أسلوب التعميم الفكري بشكل خاطىء، ونجده يلح، ويجزم على تنفيذ أفكاره هذه مثل: (إن جميع الآباء متسلطون قساة)، (إنني طفل ضعيف)، (أنا طفل غير مرغوب فيه من أسرتي)، وهذا التعميم الخاطىء يجعل الطفل يعمم مخاوفه ومشاعره وقلقه وانفعالاته على معظم مواقف الحياة التي يمر بها، مما يصحبه اضطراب في السلوك.

٤ ـ ونجد لدى الطفل التفكير المتطرّف أو الثنائي، فهو ينظر إلى الأشياء أو المواقف من حوله نظرة إمّا حسنة أو سيئة، ولهذا التفكير المعاند أو المتصلب عواقب سيئة في

العلاقات الاجتماعية داخل الأسرة وخارجها.

٥ - يضاف للسابق أخطاء التفسير والحكم والاستنتاج وإدراك العلاقات لدى الطفل.

إن ضعف خبرة الطفل تجعله يفسّر الحوادث بشكل خاطىء، فقد يغضب الطفل إذا شعر أن صديقه أو أخاه يتآمر عليه، أو ينتقده، أو يسعى إلى إهانته.. أو يقسو عليه...

إذن على الاختصاصي تحديد أساليب التفكير لدى الطفل، وما تنطوي عليه من أخطاء كالتضخيم والتعميم والتطرف وغيرها... وما يحمله الطفل من أفكار أو آراء عن نفسه وعن أسرته وعن الآخرين، وكذلك تحديد النتائج السلبية الوجدانية والسلوكية التي ترتبت على ذلك. ويحتاج الاختصاصي إلى مهارة في متابعة الطفل، وإلى سجلات من أجل العمل على تعديل البنية المعرفية لدى الطفل، عن طريق دحض هذه الأفكار الخاطئة لديه وتشجيعه بواسطة عمليات التعزيز، مما يجعله يعدّل من سلوكياته. إن الإرشاد والتوجيه المباشر وتنبيه الطفل إلى الأفكار الخاطئة لديه، والكشف عن آثارها السلبية، وزيادة وعيه بذاته، ومشاهدة الطفل لذاته من خلال مواقف اجتماعية وتشجيعه على تصوّر المواقف المهددة له والتي صادفها في حياته وكيف قام بتفسيرها، ثم العمل على توليد البدائل المنطقية الصحيحة، واكتشاف الحلول المناسبة، يوفّر الأهداف التي يسعى إليه كل طفل مثل الرضا عن الذات، والمحبة من الجميع. وقد يفيد استخدام طريقة لعب الأدوار وتشجيع الطفل على نقل ما تعلمه في العيادة (مثلاً) إلى مواقف حياتية أخرى، بحيث يقوم بتنفيذ بعض الأعمال الخارجية بشكل صحيح، مثلاً، في إطار تدريب الطفل على بعض المهارات الاجتماعية نطلب منه قبل الجلسة العلاجية الاتصال الهاتفي بزملائه، ويتم اختيار بعض المهارات خلال الجلسة العلاجية للطفل ومناقشته حول أداء هذه المهارات، وتفسيره لها من منظوره الخاص.

أخيراً، لابد من الإشارة إلى أن أسلوب تعديل الأفكار لا يستخدم إلا مع الأطفال الكبار الذين استقرت حالتهم بفضل العلاج الدوائي، أو الذين يعانون من حالة فرط حركة بسيطة غير حادة.

تدريب الطفل على تأكيد ذاته:

تستخدم هذه الطريقة في حالات الخجل المفرط، والانطواء والسلبية، وإحساس الطفل بالقلق والخوف والتوترات الناجمة عن الإحساس بالضعف والنقص والقهر والخضوع وما شابه ذلك، وفي حالات تأكيد الذات ولفت الانتباه باستخدام سلوك خاطىء، وهذه الطريقة تصلح للأطفال الكبار ومن أجل تدريبهم على التعبير عن مشاعرهم وأفكارهم، في المواقف الاجتماعية التي تتطلب ذلك، وتعتبر استجابة توكيد الذات من الاستجابات المضادة للإحساس بالخوف والقلق والضعف... ويقصد بتأكيد الذات الإصرار والمثابرة على بلوغ الطفل مطالبه بالشكل الصحيح، كما يقصد بذلك الثقة بالنفس، وإثبات الطفل لوجوده ولشخصيته ومطالبه، ولتوضيح ذلك نذكر حالة أم كانت تتصف بالقسوة والديكتاتورية، وكانت متسلطة، ودائماً تؤذي مشاعر طفلها وتؤلمه عن طريق الضرب والنقد اللاذع والانفجارات الوجدانية في وجهه، مع توجيه الإهانات، والتأنيب لدرجة أصبح معها هذا الطفل عاجزاً عن التعبير عن قنوطه أو حنقه بالشكل المباشر، وذلك لأنه يعرف من خلال تجاربه السابقة أنه لو فعل ذلك فإن هناك نتائج مخيفة سيتعرض لها، وكان هذا الطفل يشعر بالقلق والخوف كلّما أراد التعبير عن مشاعره أو عن سخطه، فهو عوضاً عن أن يعترض أو يناقش ينسحب منطوياً على نفسه، أو باكياً أحياناً، أو عدوانياً أحياناً أخرى، ومع نمو الطفل زادت المشكلة لديه، وانتقل هذا السلوك إلى المدرسة أيضاً، وإلى الأصدقاء، وصاحب ذلك عدة إضطرابات سلوكية لدى الطفل.

في مثل هذه الحالات تفيد عملية تدريب الطفل على اكتساب القدرة على السيطرة على ذاته، والتحكم في علاقاته الاجتماعية، إلى أن ينمو لدى الطفل شعوره بالتوكيد الذاتي وتزداد ثقته بنفسه، ويستطيع معارضة الآخرين والتعبير عن رأيه، حتى لو كان هذا الرأي مخالفاً لرأي الكبار، وبشكل صحيح وموضوعي بعيداً عن الأساليب السيئة أو العدوانية. والاختصاصي يقوم بتدريب الطفل خلال الجلسات العلاجية على بث النفور والكراهية لأي سلوك سلبي يصدر عن شخصية الطفل، ويوضح للطفل بأن عليه أن لا يترك الأمور تسير حوله دون تدخل منه بشكل صحيح وحسب قدراته،

ولأن ذلك مؤشر على ضعف الشخصية، وأن الطفل لا قيمة له. ويبين المعالج للطفل بأن سلوك الخوف وفرط الحركة وإزعاج الآخرين والقلق عبارة عن سلوك سلبي يؤثر في حياته، وفي نموه، وفي علاقاته، ويقضي على آماله. إن مثل هذا التوجيه المركز للطفل، يجعله يكتسب تدريجياً القدرة على تأكيد ذاته، ويعمم هذا السلوك، ويمكن تدريب الطفل على الاحتكاك البصري الملائم بالآخرين، والتعبير عن مشاعره (عدا القلق)، ومناقشة الكبار والجلوس معهم والدفاع عن حقوقه (دون عدوان أو إساءة للآخرين)، بالإضافة إلى تخليص الطفل من مخاوفه الاجتماعية، والعمل على لعب الأدوار الاجتماعية المناسبة (استخدام طريقة لعب الدور باستحضار مواقف قبل حدوثها)، ويمكن تشكيل سلوك تأكيد الذات لدى الطفل تدريجياً، بما في ذلك السيطرة على تصرفاته، ويقوم الاختصاصي (أو المعالج) بتشجيع الطفل على القيام بأدواره الاجتماعية داخل الأسرة وخارجها، وكذلك تصحيح أداء الطفل، وإعادة الأداء حتى الإتقان، ثم الممارسة الفعلية في مواقف الحياة الواقعية. ويمكن للمعالج إقحام الطفل في مواقف بسيطة أولاً ثم الانتقال به إلى مواقف أصعب أو أكثر تعقيداً مثل:

١ ـ التدريب على الكلام والحديث مع الكبار، الآباء أو المعلم أو غيرهم.
٢ ـ التدريب على الكلام بصوت عادي مع مراعاة نبرات الصوت وتعبيرات الوجه.
٣ ـ التواصل البصري خلال الحديث.
٤ ـ التحية والسلام وعدم الانسحاب أو الانطواء.
٥ ـ مجالسة الآخرين وخاصة أفراد الأسرة.
٦ ـ توجيه النقد والاعتراض على آراء الآخرين أو سلوكياتهم الخاطئة.
٧ ـ عدم مقاطعة الآخرين أثناء الحديث، والاستماع الجيد.
٨ ـ التعلم كيف يطلب حاجياته من الآخرين.
٩ ـ التعلم كيف يدافع عن حقوقه.
١٠ ـ التعلم كيف يتأكد من شكوكه.
١١ ـ التعلم كيف يطلب النصح والمشورة من الآخرين.
١٢ ـ تعلم المشاركة.
١٣ ـ أخذ المبادرة في الحديث والاستمرار فيه.
١٤ ـ .... إلخ.

تدريبات لعلاج نقص القدرة على الانتباه والتركيز لدى طفل فرط الحركة:

١ ـ قبل البدء بعلاج نقص الانتباه لدى الطفل على الاختصاصي العمل على **تخليص الطفل من مخاوفه وقلقه وتوتراته،** مما يجعل الطفل أكثر هدوءاً واستقراراً، وأكثر قدرة على تلقي الإرشادات والعلاج، ويمكن الاستعانة بالعلاج الدوائي، أو بالعلاج النفسي لتحقيق ذلك.

٢ ـ **توفير الإرشاد الأسري والمدرسي** حتى يتم توفير مناخ مناسب لتعديل سلوك الطفل ويتم ذلك في ضوء المعلومات التي استمدت عن سلوكيات الطفل في الأسرة وفي المدرسة.

٣ ـ **علاج الخوف من المدرسة،** حيث أن العديد من الأطفال يخافون من المدرسة لعدة أسباب، ونجدهم يخافون ويتوترون أو يتمارضون أو يبكون بانزعاج عندما يريدون الذهاب إلى المدرسة صباحاً، لذلك لابدّ من تكوين علاقة طيبة مع المدرسة ومع المشرفين والاختصاصيين بداخلها وتشجيع الأبوين على إرغام الطفل للذهاب إلى المدرسة دون تردد، لأن غياب الطفل عن المدرسة يزيد من مخاوفه ومن قلقه، ومن الضروري للأسرة والمدرسة تجنب التركيز على مشاكل الطفل الجسمية والصحية عند رفضه الذهاب إلى المدرسة، مثلاً (لا تلمس جبهة الطفل لفحص حرارته، ولا تسأل عن حالته الصحية. . .)، مع إجراء مزيد من اللقاءات العلاجية مع الوالدين والمعلمين وذلك لتخفيف قلقهم حول مشكلة الطفل، ويفضل تجنب الحديث عن موضوع الخوف أمام الطفل، مثلاً: تجنب الأسئلة التي تتضمن عبارات الخوف والقلق مثل (هل تشعر بالقلق؟ هل تشعر بالخوف؟)، وعادة يتم إخبار الطفل قبل يوم على أنه سيذهب غداً إلى المدرسة أو الروضة، مع ايقاظ الطفل صباحاً في اليوم التالي، ومساعدته على ارتداء ملابسه وترتيب حقيبته، وتشجيعه، ويمكن أخذه إلى المدرسة وتسليمه للمشرفين، وبهذا يتم بناء علاقة ايجابية مع المدرسة ومع الأسرة. وبعد العودة من المدرسة يتم إنهاء الواجبات المنزلية، ويعطى الطفلُ وقتاً للعب، ووقتاً آخر لمساعدة الأم في بعض الأنشطة المنزلية، ويوضع عادة برنامج لهذا الغرض يبدأ بعد تناول الطعام،

ويشجّع الطفل على اللعب والحركة يومياً ولمدة ساعة وسطياً، ويمكن تحديد وقت للتلفزيون. وعلى الأسرة والمدرسة التجاهل الكامل للأشياء السلبية (ليس تجاهل الطفل كشخص ولكن تجاهل السلوك السلبي)، وتقديم المعززات اللازمة، ويفضل دائماً أن يكون مكان تدريب الطفل، أو مكان عمله، خالياً من المشتتات الذهنية حيث يجلس الطفل على طاولة، ويعطى أوراقه وقلمه ويكون في مواجهة الحائط، وينصح المعلم بأن يكلف الطفل بمهام غير صعبة بحيث يتمكن من النجاح فيها، على أن يجزّىء كل عمل إلى أجزاء، يتم تدعيم كل جزء يقوم به الطفل بشكل صحيح، علماً بأن التعاون بين الأسرة والمدرسة ضروري في هذا الخصوص.

٤ ـ علاج تشتيت الانتباه لدى الطفل:

إن نقص الانتباه لدى الطفل يعوق التفاعل معه، كما يعوق استجابته للبيئة، وهذا ما يعطّل أو يعوق قدرات الطفل على التعلم، وعَرَض نقص الانتباه كما لاحظنا في السابق مرتبط بفرط الحركة، وتزداد مضاعفات نقص الانتباه لدى الطفل عندما يكون في المدرسة، حيث يصعب على المعلم إدارة الفصل الدراسي، فضلاً عن تأثير ذلك على الأطفال الآخرين، وتهدف الخطة العلاجية عادة إلى تدريب الطفل على تركيز الانتباه، وزيادة مدته الزمنية، مع ما يصاحب ذلك من استمرارية الطفل في أداء عمله أو نشاطه أو المهمة الموكلة إليه، وعادة ما يحتاج المعالج إلى بعض الوسائل البسيطة مثل (كرسيين، طاولة، أطعمة، ملاعق، شوكة، مفاتيح، مكعبات، كرة، كتب، دمى، كأس... الخ)، ويفضل أن يتم التدريب في مكان هادىء خال من المشتتات أو الضوضاء أو المثيرات. وتركيز الانتباه عبارة عن مهارة تتكون من أربع مراحل من السلوك، ويكون الطفل عادة قادراً على القيام بها، لكن بعض الأطفال قد يعجزون عن القيام بذلك، أو عن المضي في هذه المراحل بالترتيب، وهذه المراحل التدريبية هي:

١ ـ الاستمرار في الجلوس على كرسي مريح لـ (٢ ـ ٥) دقائق في وقت واحد.

٢ ـ النظر إلى المعالج والاستجابة له عندما يناديه باسمه.

٣ ـ النظر إلى شيء معين عندما يطلب منه ذلك، أي في الوقت الملائم.

٤ ـ أداء نشاط أو عمل معين يكلف به الطفل والاستمرار بذلك لفترة محددة يمكن زيادتها تدريجياً.

ويطلب الاختصاصي من الطفل أن يجلس على الكرسي الذي يواجهه، إذا استجاب وجلس في بادىء الأمر لمدة (٣٠ ـ ٦٠ / ثانية) يقدم إليه مكافأة أو معززاً (طعام أو حلوى)، ويتم تكرار المحاولة نفسها مع تقديم المعزز بالطريقة نفسها، وخلال جلوس الطفل على الكرسي لا تقدم إليه المعززات المادية أو اللفظية إذا كان يتحرك بشدّة أو يهز الكرسي الذي يجلس عليه، وعلى الاختصاصي أن ينتظر على الأقل مدة (٥ ـ ١٠) ثوان قبل أن يقدم المعزز إليه، وهكذا يحاول الاختصاصي أن يزيد المدة تدريجياً، على أن يتجنب الزيادة بشكل مفاجيء، وفي كل مرة يحدث السلوك بشكل صحيح يقدم المعزز، ويجب أن لا تستغرق مدة التدريب أكثر من (١٥ ـ ٢٥) دقيقة، ويطلب من الطفل عادة أن يغادر الكرسي ويتجول في غرفته كل (٢ ـ ٣) دقيقة.

في المرحلة التالية يتم تدريب الطفل على النظر إلى المعالج عندما ينادي اسمه، ويطلب من الطفل أن يجلس على الكرسي كما تدرّب في السابق، وعندما يجلس بهدوء يتم ذكر اسمه بشكل واضح، حتى ينظر إلى ا لمعالج ولو لفترة قصيرة حوالي (٢ ـ ٣) ثوان، ثم يقدم إليه المعزز، وعادة لا يقدم المعزز إذا كان الطفل يفرط في الحركة، وإذا لم ينظر الطفل إلى المعالج يتم تدريبه على ذلك، أو عندما يجلس الطفل على الكرسي وينظر إلى المعالج يتم تعزيز هذا الموقف، بعد ذلك يحاول زيادة الزمن تدريجياً، إلى أن يصبح الطفل قادراً على النظر إلى المعالج لمدة أكثر من (٥) ثوان وخاصة عندما يذكر المعالج اسم الطفل، وإذا لم يحدث ذلك يقوم بتكرار الاسم ثانيةً، ولكن يضاف في هذه المرّة ما يسمّي بالإثارة البدنية وذلك عن طريق وضع المعالج لإصبعه في أسفل ذقن الطفل وثني رأسه قليلاً حتى يتمكن من رؤية المعالج، ثم يتم تقديم المعزز فوراً، ويمكن وضع المعزز أمام عيني الطفل فإذا نظر إليه يقدم المعزز، ويتم تكرار هذا الإجراء السابق مع الإثارة البدنية، وعلى المعالج جعل الطفل ينظر إليه وإلى المعزز في آن واحد.

بعد ذلك يتم وضع واحدة أو أكثر من الموضوعات أو الأدوات التي سبق إعدادها (كتاب، قلم، مفتاح، كرة، ملعقة. . .) ويطلب من الطفل أن يجلس على الكرسي وينظر إلى الاختصاصي كما في الخطوة السابقة رقم (١)، والخطوة رقم (٢)، ثم يطلب الاختصاصي من الطفل أن ينظر إلى الكرة مثلاً بينما يشير هو بإصبعه إلى الكرة،

ويتم تقديم المعزز عندما ينظر الطفل إلى الكرة. وإذا لم ينفذ الطفل ذلك يتم استخدام الإثارة البدنية مع إعادة الطلب بالنظر إلى الكرة، وعلى الاختصاصي تكرار هذه العملية مع جعل المعزز قريباً من الموضوع الذي سينظر إليه الطفل، وحتى يتمكن من الاستجابة بدون إثارة بدنية أو حركة زائدة، وعلى الاختصاصي أن يتذكر باستمرار أن يكون الطفل جالساً بهدوء على الكرسي حتى يقدم إليه المعزز، وفي المرحلة الأخيرة يتم تدريب الطفل على أداء نشاط معين لمدة زمنية بسيطة حوالي (١٠ ـ ١٥) دقيقة تزداد تدريجياً، كما في الطرق السابقة، ويتم ذلك باستخدام أدوات توضع على الطاولة أمام الطفل، وبجانبها صندوق لوضع هذه الأشياء في داخله، ويطلب من الطفل أن ينظر إلى الأشياء المطلوبة، ثم يقوم بوضع هذه الأشياء داخل الصندوق واحدة فواحدة (وبعد سماع اسم الشيء من الاختصاصي) فإذا قام الطفل بأداء ذلك بشكل صحيح يقدم إليه المعزز، ويمكن أن يكون التعزيز فاصلياً بحيث يستمر الاختصاصي بالتعزيز كل (٣٠) ثانية خلال قيام الطفل بنشاطه، فإذا توقف الطفل ينتظر الاختصاصي لثوان، ثم يكرر الطلب بأن يقوم الطفل بنقل الأشياء إلى الصندوق واحدة فأخرى بعد سماع اسمها... فإذا لم يستجب يستخدم الاختصاصي طريقة الإثارة الجسدية، أو الإثارة اللفظية، بأن تمسك يد الطفل وتوجه إلى الأشياء، ويمكن للاختصاصي تمثيل ذلك الدور لمرة واحدة على أن يتجنب إرغام الطفل على ذلك، وتدريجياً يقلل الاختصاصي من الإثارة البدنية وحركة الطفل، ويعمل على زيادة الفترة الزمنية قبل تقديم المعزز (تأخير التعزيز)، فإذا أتقن الطفل أداء المهمة بشكل صحيح يقدم إليه المعزز ويكون ذلك آخر نشاط يقوم به الطفل خلال الجلسة التدريبية العلاجية.

هام عن التعزيز

ولكن ما تدرّب عليه الطفل أو ما تعلمه قد ينطفيء إذا لم يستمر الاختصاصي (أو المعالج النفسي) بتدعيم السلوك مدة من الوقت، أو لمدد متقطعة، ولأن عدم تدعيم السلوك المتعلم يعني بالنسبة للطفل تجاهله وإهمال ما يؤدي إلى إختفاء هذا السلوك أو هذه المهارة تدريجياً، ويجب على الاختصاصي معرفة أن نتائج التعلم أو التدريب السابق للطفل يؤثر على التعلم اللاحق أو المستقبلي، فالتعلم الذي يتبعه معزز يؤدي بالطفل إلى حالة من الرضا، كما يؤدي إلى ميل الطفل إلى إعادة هذا السلوك وكذلك إلى ثبات ما تعلمه الطفل (لفترة طويلة من الزمن)، وعلى الاختصاصي العمل فيما بعد

على التحكم بكمية التعزيز، وكمية التعزيز تؤثر بلا شك في أداء الطفل، ويمكن للاختصاصي التحكم بهذه الكمية من حيث الوزن أو الحجم، أو العدد، وبهذا يمكن قياس التعزيز بشكل ما (كما يمكن قياس تغير مستوى أداء الطفل بعد عملية التدريب).
إن الطفل يمكن أن يعطى قدراً محدداً من الطعام أو العصير، وهذه الكمية يمكن أن تتغير من طفل لآخر، ومن موقف لآخر، مثلاً تقديم قطعة حلوى لطفل جائع أهم بكثير من تقديمها لطفل شبع، وقد وجد بأن الزيادات الكمّية والنوعية في التعزيز المقدم للأطفال تزيد من حسن أداء الطفل، فالتعزيز لا يزيد من احتمال حدوث استجابة لدى الطفل فحسب، وإنما هو مؤشر على أن الاستجابة حدثت بالشكل الصحيح، لذلك وجد بعض الباحثين علاقة كمية بين التعزيز ومستوى الأداء الإيجابي لدى الطفل، علاوة على ذلك يمكن للإختصاصي الذي يشرف على تدريب الطفل أن يقوم بعملية جدولة التعزيز. إن أبسط طرائق التعزيز بالنسبة للطفل هو تقديم المعزز كلما قام الطفل بالاستجابة المطلوبة منه، أو كلما حدثت الاستجابة، وتبين من الدراسات أنه بإمكان الاختصاصي الوصول إلى الهدف نفسه وذلك عن طريق تعزيز استجابة واحدة للطفل من بين كل استجابتين متتاليتين، أو تعزيز استجابة من كل ثلاث أو أربع أو خمس استجابات صحيحة يقوم بها الطفل، ولكن السلوك قد لا يحدث بعد أربع أو خمس محاولات دون تعزيز، ففي هذه المرحلة يمكن للاختصاصي تعزيز الاستجابة الأولى، ثم تعزيز الاستجابتين معاً، ثم تعزيز الاستجابات الثلاث معاً... وهكذا يستخدم الاختصاصي طريقة التعزيز من خلال ما يسمى بعملية التقريبات المتتالية، وهذا ينتج عنه تشكيل سلوك الطفل.

ويمكن تعزيز أداء الطفل بعد كل فترة زمنية ثابتة، وهنا يقدم التعزيز للطفل بعد كل دقيقة، أو بعد كل (١٠) دقائق، أو بعد كل (٣٠) دقيقة، أو بعد ساعة مثلاً أو بعد أي زمن يحدده الاختصاصي، وهنا لا يهمه عدد مرات حدوث الأداء، إذ يقدم المعزز للطفل في نهاية الفترة المحددة، وقد لوحظ من التجارب أن هذا الفاصل الزمني يجب أن لا يكون بعيداً، ثم إن أداء الطفل يضعف ليظهر ثانية قبل تقديم المعزز، وسلوك الطفل يصعب الحفاظ عليه لفترة طويلة من الزمن، كما يمكن للاختصاصي استخدام أسلوب النسبة المتغيرة في التعزيز (Variable ratio) وفي هذه الحالة يقدم المعزز

للطفل عشوائياً بعد قيام الطفل بأداء (٣) ثلاث استجابات مثلاً، ثم التعزيز بعد (٥) استجابات، وبعدها بعد استجابتين، وبعدها بست استجابات وهكذا يجعل الاختصاصي في جميع الأحوال معدل الاستجابات هو (٤) أربع استجابات فقط، ويمكن للمعلم أن يستخدم هذا الأسلوب بنجاح داخل الصف المدرسي.

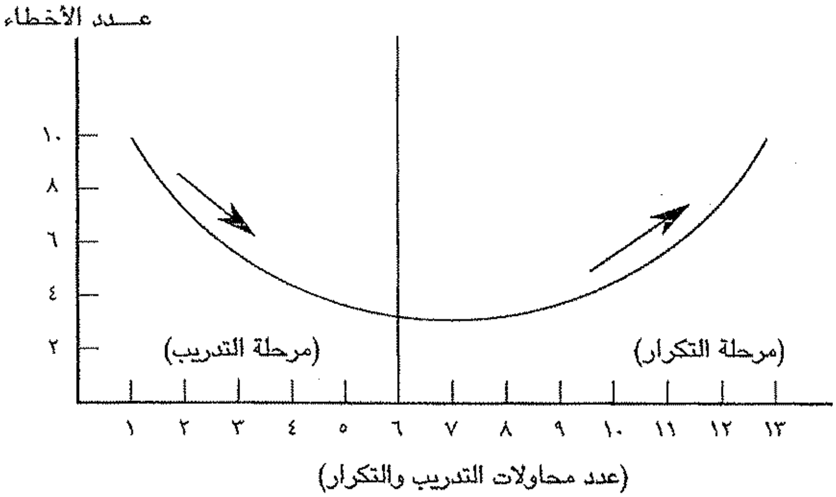
ومن ناحية أخرى يمكن للاختصاصي تأجيل عملية التعزيز (Delyed reinforcement)، المبدأ العام بالنسبة لتدريب الأطفال هو تعزيز مباشر لاستجاباتهم المتعلمة، وهو أفضل أشكال التعزيز للأطفال، وقد ثبت بأن تأخير التعزيز لدى الأطفال لفترة زمنية طويلة أكثر من (٣٠) ثانية أدى إلى إضعاف عملية التعلم، وبالنسبة لأطفال فرط الحركة، والأطفال ضعاف العقول، وقليلي النضج يجب أن كون التعزيزات مباشرة، وهذا يعني أن على الاختصاصي أو المدرب أو المعلم أن يكون منتبهاً إلى ماذا عليه أن يعزز، وكيف؟ فهناك فروق فردية بين الأطفال الصغار والأطفال الكبار، وبين الأطفال الأذكياء وضعاف العقول حيث أن التعزيزات لدى هذه الفئة من الأطفال يمكن أن تتأخر إلى حدود (٦٠) ثانية وسطياً. ولا ننسى بأن التعزيز يمكن أن يكون جاهزاً باستمرار مثل الابتسامة والمديح والتصفيق والاستحسان... وكذلك فإن عدم تقديم المعزز يؤدي إلى إنطفاء الاستجابة المتعلمة تدريجياً، وفي الوقت نفسه فإن العودة إلى تعزيز الاستجابة التي انطفأت يؤدي إلى ظهورها ثانية وبشكل تدريجي (الاستعادة التلقائية للاستجابة)، لهذا ينصح معلم أو مدرب الطفل أن يستمر بتعزيز السلوك الجديد الذي تعلمه الطفل بين الحين والآخر خوفاً من زوال هذا السلوك، وينصح أيضاً بتجنب التعليقات السلبية أثناء أداء الطفل لمهمته، والإحجام عن كلمات النفي والعنف مثل (لا)، (هذا خطأ)، (أنت عنيف)، (أنت متسرّع)... الخ، وعليه الاستمرار في الحث اللفظي والمادي، حتى يتم استقطاب انتباه الطفل ودافعيته نحو التعلم والتدريب.

التدريب الموزع والتدريب المكثف:

تؤكد الدراسات التجريبية حول تدريب الأطفال بشكل عام، والأطفال الذين يعانون من اضطراب في نموّهم على أن عامل الوقت أو الزمن من العوامل الهامة في التدريب، فقد ثبت بأن التدريب الموزع على فواصل زمنية، أو على خطوات أو مراحل يتخللها فترات من الاستراحة يؤثر في عملية التدريب، ويسهّل عملية التعلم، ويزيد من قدرة الطفل على الاحتفاظ بما تعلّمه دون التعرّض إلى التعب أو الملل أو ما يشبه ذلك من أعراض تؤدي إلى هبوط مستوى التدريب، ومع أن الباحثين لا يعرفون الكثير عما يحدث للطفل في فترة الزاحة عدا تجديد النشاط الجسمي والحسّي للطفل، إلا أن التدريب الموزع الذي تتخلله استراحات للطفل أكثر فائدة وخاصة في المهام الصعبة التي تعطى للطفل من التدريب المكثّف. كما أنه مفيد في مجال التعلم الحركي وحل المشكلات وغيرها، ويجب على الاختصاصي مراعاة ذلك عند تدريب طفل فرط الحركة، خاصة أننا أشرنا في السابق إلى أن مثل هؤلاء الأطفال يتعرضون لتشتت الانتباه والتعب والملل من أداء المهمة بسرعة. ويمكن اعتبار الاستراحة في حد ذاتها بمثابة معزز للطفل يمكنه خلال ذلك ممارسة أي عمل آخر يريده.

التكرار ومستوى أداء الطفل

يؤدي تدريب الطفل إلى إتقان عملية التعلم، وتحسين مستوى أدائه، والتقليل من الأخطاء، وكذلك زيادة السرعة الزمنية في الأداء، لكن عملية تكرار الأداء نفسه بعد تعلمه، وبشكل آلي، ودون زيادة أو نقصان فيه قلّما يؤدي إلى حصول التعلم بالشكل الصحيح، أو تحسين مستوى أداء الطفل، فتكرار الأداء لمرات بسيطة يصحبها دافعية للعمل لدى الطفل ودون أن يكون هناك تعب، أو ملل فإنه يفيد في صقل عملية التعلم، والاحتفاظ بشكل أفضل بالمادة المتعلمة، لذلك وبشكل عام لا تعتبر عملية تكرار المادة المتعلمة عاملاً هاماً في مجال التعلم أو في مجال التدريب، وهو يعتمد على نشاط المتعلم، ودافعيته وتوزيع التكرار، والعوامل العقلية والنفسية السلبية المصاحبة لذلك. والشكل التالي يوضح العلاقة بين التدريب وبين التكرار من حيث نقصان عدد الأخطاء، وزيادة عدد الأخطاء:



ويكون لدينا نفس المنحنى بالنسبة لزمن الأداء، حيث يقل زمن الأداء لدى الطفل في مرحلة التدريب ويزداد ثانية في مرحلة التكرار وذلك بسبب عوامل متعددة منها التعب والملل الذي يتعرض إليه الفرد، أو الطفل، ولابد للاختصاصي من مراعاة ذلك أثناء عملية التدريب، وكذلك في إعطاء الطفل واجبات منزلية أو مهام تتناسب مع قدراته، ودون تعريض الطفل إلى حالة التعب أو السأم أثناء أداء مهمته، مما يؤدي بالتاي إلى ضعف أداء الطفل ودافعيته وكراهيته لعملية التعلم أو التدريب ككل. لذلك فإن العديد من المعلمين والأسر تخطيء عندما تكلف التلميذ بأعمال كثيرة فوق طاقته، أو عندما يتم الالحاح الشديد على الطفل من أجل أداء واجباته، أو تكرار عمل يكلف به لدرجة الإحساس بالملل أو التعب.

تدريبات تفيد في تحسين قدرة الطفل على الانتباه والتركيز:

إن جوانب الضعف في الانتباه لدى أطفال فرط الحركة تتجلى بالنقاط التالية:

١ - تشتيت سريع وضعف الانتباه للأنشطة أو الأعمال التي تحتاج إلى فترة من التركيز.

٢ - عدم القدرة على الاستمرار بالنشاط أو بالعمل الذي يكلف به الطفل.

٣ - مدة ومدى الانتباه يكون قصيراً بشكل ملحوظ.

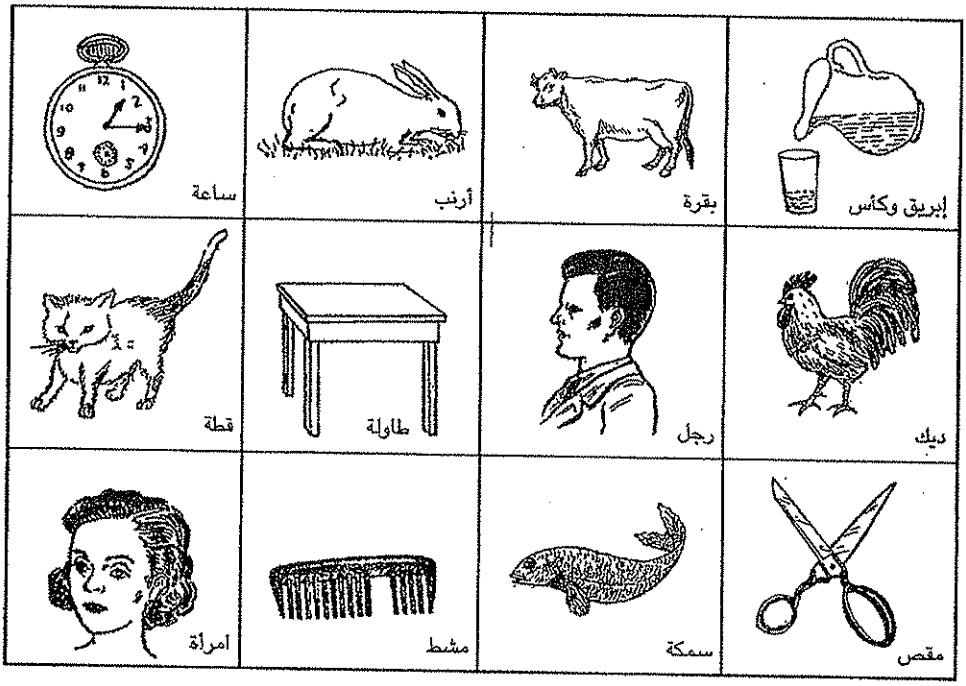
٤ - قلق وخوف وارتباك خشية الفشل أو العقوبة.

٥ - إعاقة الوظائف الأسرية والمدرسية والاجتماعية.

ويمكن للمعلم أن يبدأ بتدريب الطفل على زيادة الانتباه والتركيز للتفاصيل، وذلك بعد أن يكون قد قام بدراسة وتقييم حالة الطفل من جميع النواحي (كما أشرنا في السابق)، ومن الضروري على المعلم، أو الاختصاصي توفير بعض الأدوات مثل (الأدوات المدرسية، كتب بسيطة لتعلم القراءة والتعرف على الحروف الأبجدية، والمفردات، مقص، ألوان مائية، صلصال، أدوات رسم، عداد أرقام، أو سبورة، نجوم لاصقة بألوان مختلفة، كراسة مكافآت، معززات بسيطة توضع في مكان لا يصل إليه الطفل مثل الحلوى، العصير، قطع الشوكولا... الخ.

التدريب الأول - (وصف الصور): لزيادة الإنتباه للتفاصيل

يقوم الاختصاصي بجمع مجموعة من الصور المختلفة التي تهم الطفل، من الكتب أو من المجلات... (صور حيوانات، صور فاكهة، صور أفراد، صور أشياء...) ويطلب من الطفل التعرف على الصورة، فإذا عرفها تلقى مكافأة حيث توضع له نجمة في كراسة المكافآت، ويعلم الطفل بأن هذه النجمة ستحوّل فيما بعد إلى شراء مكافأة مادية يحبها الطفل، وبعد ذلك إذا ذكر الطفل أية تفصيلات إضافية عن الصورة تعطى له نجمة ثانية كمكافأة وهكذا. وعادة طفل عمره (١٨) شهراً يتعرف على صورة واحدة، وطفل السنتين يتعرف على (٤ - ٥) صور ويسمّي ثلاثة منها، وطفل

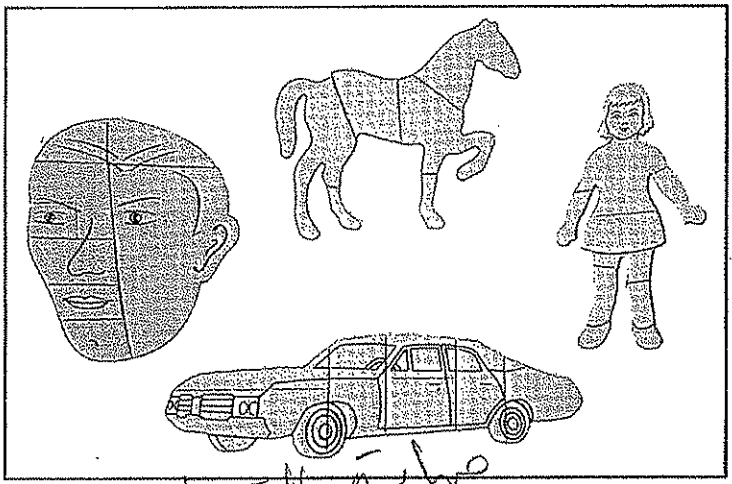


(التدريب الأول)

عمر السنتين والنصف يشير إلى (٦ ـ ٧) صور ويسمّي خمسة منها، وطفل ثلاث سنوات يسمّي ثمانية صور، وطفل ثلاث سنوات ونصف يسمي عشرة صور.

التدريب الثاني ـ (وصف التفاصيل من الذاكرة):

يقوم الاختصاصي بعرض مجموعة من الصور البسيطة المتوفرة في محيط الطفل وذلك لمدة (١٠) ثوان، ثم يرفعها من أمام الطفل ويطلب منه أن يتذكر ما شاهدهُ. تعطى نجمة في كراسة المكافآت إذا تذكر الطفل اسم الصورة، كما تعطى له نجمة أخرى ذات لون آخر إذا أضاف الطفل بعض التفاصيل حول الصورة، ثم يتم عرض صورة ثانية، وثالثة، ويطلب في كل مرّة من الطفل أن يسمّي ويصف ما يراه، ويكفي المعالج أو الاختصاصي أن يعرض في الجلسة الواحدة حوالي خمس صور وسطياً بالنسبة لطفل فرط الحركة.



(التدريب الثالث)

التدريب الثالث ـ (تجميع الصور المجزأة أو المتقطعة):

يعطى الطفل مجموعة صور مجزأة إلى أجزاء (سيارة، حصان، رجل. . .) كما تعطى له أشكال هندسية موجودة داخل لوحة خشبية، وعلى الطفل تجميع أجزاء الصورة الواحدة، ويعطى الطفل نجمة على الوقت وليس على الدقة، وعادة تعطى نجمة إذا وضع القطع في مكانها الصحيح، ونجمة أخرى إذا وضع الأشكال الهندسية في مكانها الصحيح أيضاً. ويمكن للاختصاصي إعطاء الطفل نجمة عن كل دقيقة أمضاها في عمله شريطة أن يكون الأداء صحيحاً (انظر الشكل).

التدريب الرابع ـ (التصنيف):

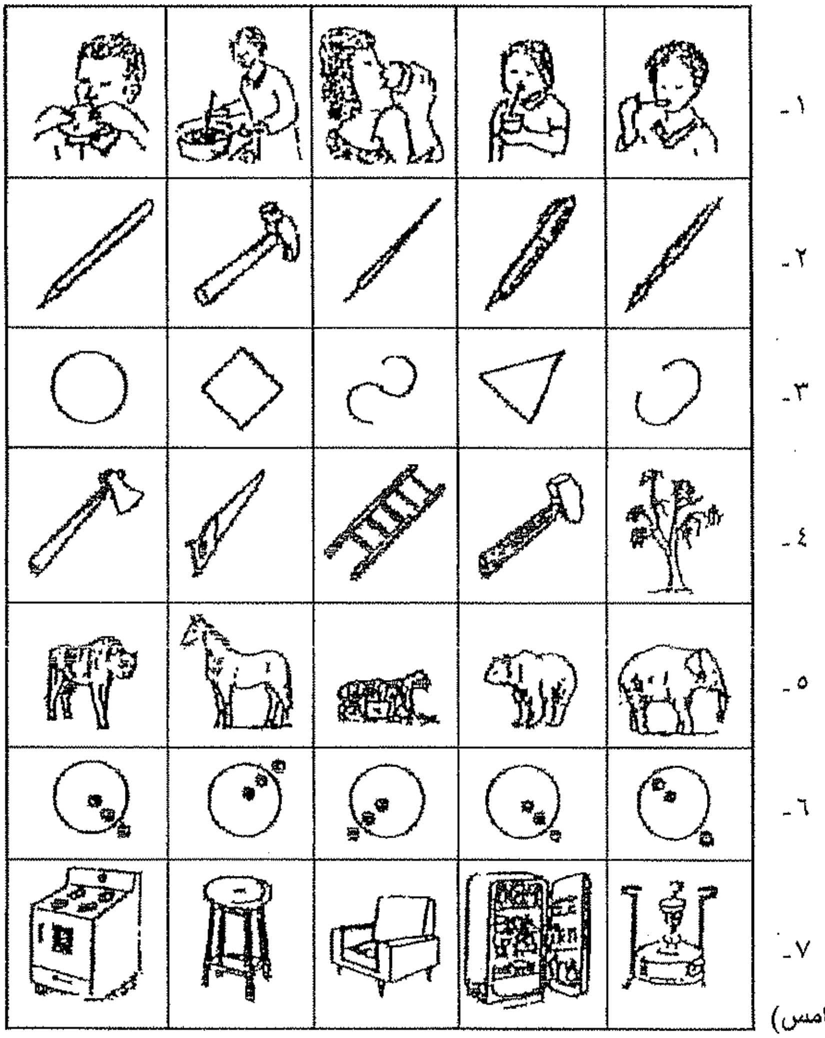
يطلب الاختصاصي من الطفل أن يجمع في كراسته معظم الصور التي تحتوي على موضوعات معينة مثل: حيوانات، أفراد، مشاهد طبيعية، أدوات، نباتات، بناء. . . الخ، وتقسّم الكراسة بحيث يحتوي كل موضوع على عدد من صفحات الكراسة، وبعد ذلك يقوم الاختصاصي بإعطاء الطفل مجموعة من الصور عليه أن يضعها داخل الفئة التي تنتمي إليها، ويتم ذلك بالاستعانة بالصمغ، ويعطى الطفل نجمة عن كل عملية صحيحة.

التدريب الخامس ـ (معرفة أوجه التشابه والاختلاف والقدرة على التمييز):

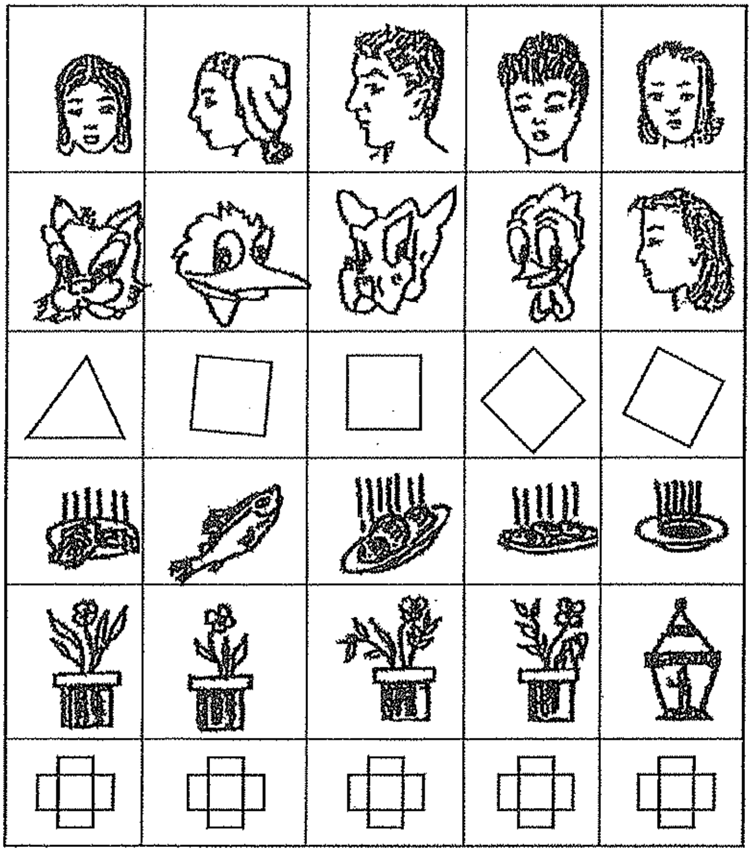
يقوم الاختصاصي بعرض مجموعة من الكلمات على الورق، أو على السبورة مثل:

ولد	صحن	قلم	دجاجة	ملعقة	ورقة	رجل	تفاحة

ويطلب الاختصاصي من الطفل معرفة أوجه التشابه والاختلاف بينهما، وتعطى نجمة لكل استجابة صحيحة. كما يطلب من الطفل تسمية الموضوعات التي تشير إليها هذه الكلمات، وعادة الطفل في عمر (١٨) شهراً يسمّي بشكل صحيح واحدة منها، وفي عمر السنتين يسمّي (٣-٥) مواضيع، وفي السنتين والنصف بإمكان الطفل التعرف على (٥-٦) مواضيع.



(التدريب الخامس)

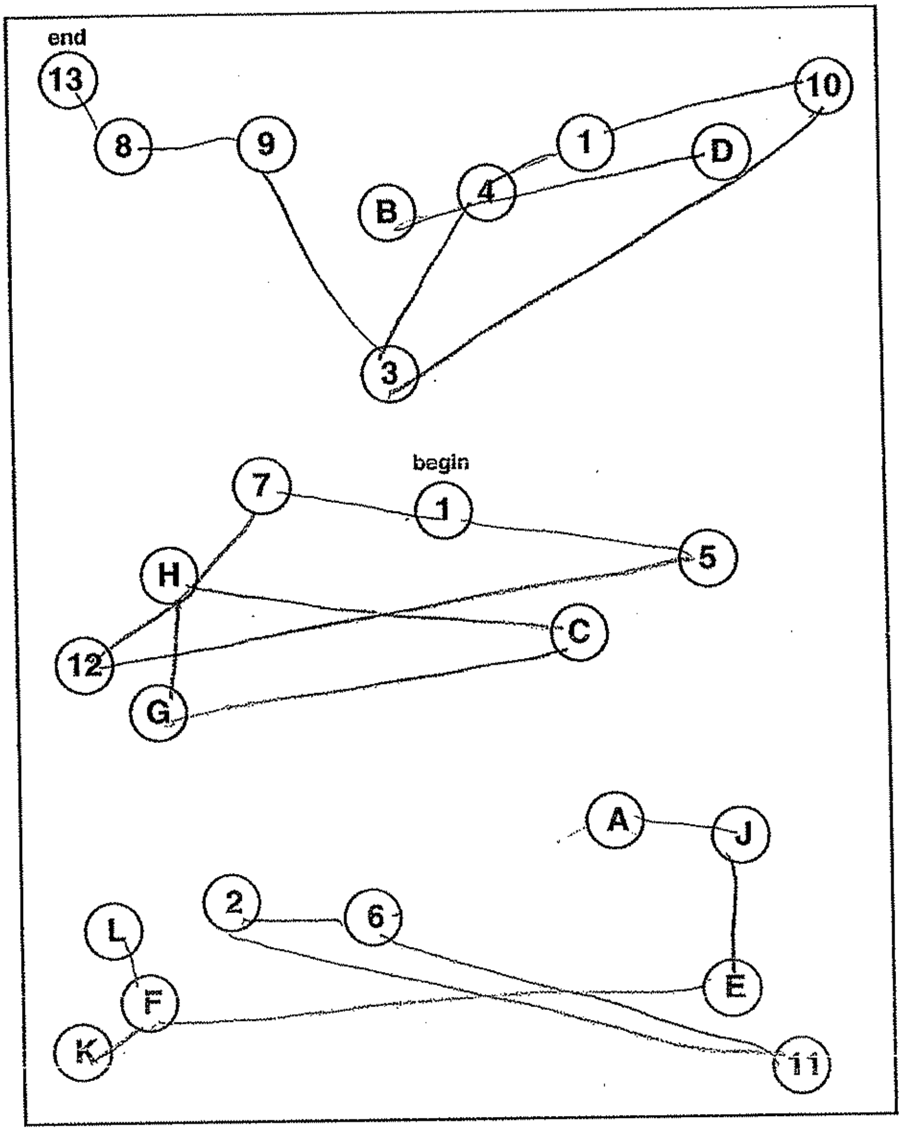


-٨
-٩
-١٠
-١١
-١٢
-١٣

تابع // (التدريب الخامس)

التدريب السادس- (توصيل الحلقات):

يطلب الاختصاصي من الطفل توصيل خط عادي بين دوائر وضع في داخلها مجموعة من الأرقام المتسلسلة، أو من الأحرف الأبجدية، وعلى الطفل القيام بتوصيل الأرقام مع بعض حيث يعطى نجمة كمكافأة على ذلك، ثم توصيل الأحرف الأبجدية ويعطى أيضاً نجمة على ذلك، هذا إذا كانت عملية الوصل صحيحة وكما هو مبين في الشكل التالي:

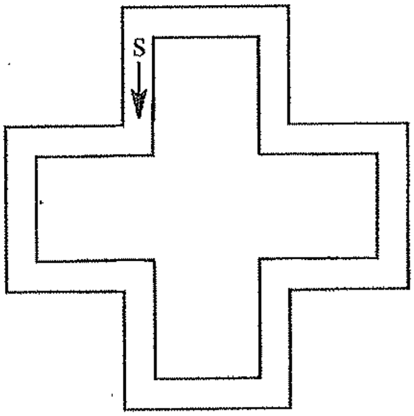


(التدريب السادس)

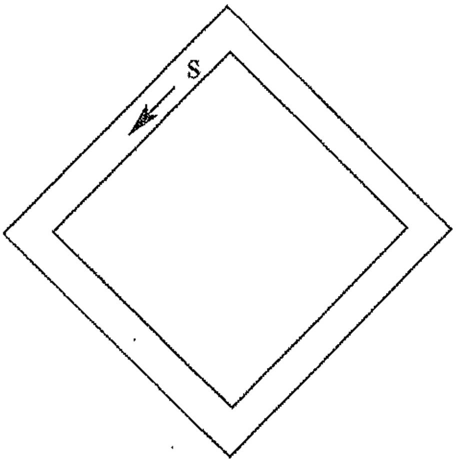
التدريب السابع ـ (رسم المتاهة):

يعطي الاختصاصي الطفل شكل متاهة مرسوماً على ورقة، ويتناسب هذا الشكل مع عمر الطفل الزمني، وهناك أشكال تبدأ من عمر ثلاث سنوات وحتى نهاية مرحلة الطفولة في عمر (١٢ ـ ١٣) سنة. ويطلب الاختصاصي من الطفل أخذ قلم رصاص،

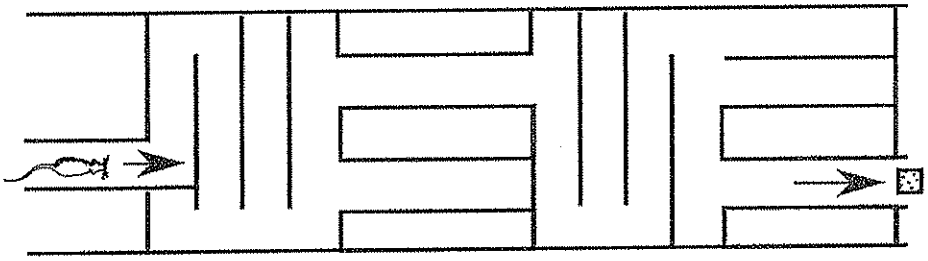
والتقيد بالتعليمات اللازمة لرسم المتاهة، ويقوم الطفل برسم خط بين خطي المتاهة، أو رسم خط بدءاً من مدخل المتاهة (نقطة البدء) وحتى مخرج المتاهة (نقطة النهاية)، ويعطى الطفل نجمة ذات قيمة شرائية كبيرة، تتناسب مع تعقيد المهمة التي كُلّف بها الطفل، والأشكال التالية هي نماذج من متاهات بورتيوس (Porteus Maze) المستخدمة في الاختبارات العقلية.



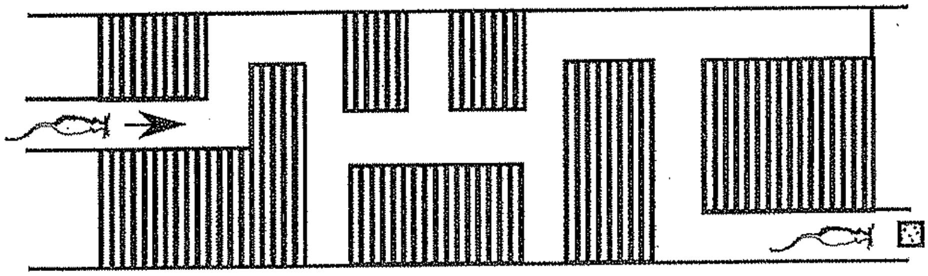
(أربع سنوات)



(ثلاث سنوات)



(خمس سنوات)



(ست سنوات)

التدريب الثامن ـ (استخدام الحروف):

يتم من خلال هذا التدريب مراجعة الحروف الأبجدية التي يعرفها الطفل والتي لا يعرفها، حيث يعطى الطفل قائمة من المفردات تتكون من حرفين مثل (أب، أم، أخ، عم، دب، . . .) ويطلب من الطفل التعرف على كل حرف ونطقه بشكل صحيح، ويعطى الطفل نجمة في كراسة المكافآت عن كل إجابة صحيحة، وعلى الاختصاصي أن يعزز ويشجع الطفل ويتجاهل الخطأ، وإذا لم يتعرف الطفل على الحرف تنطق أمامه الحروف ويطلب منه تكرارها، فإذا كررها بشكل صحيح يعطى نجمة، ثم ينتقل الاختصاصي إلى قوائم من ثلاثة حروف، ثم أربعة وهكذا مع استخدام أسلوب النجمة كمعزز للطفل.

التدريب التاسع ـ التعرف على الحروف داخل الكلمات أو داخل النص:

يقدم للطفل مجموعة كلمات داخل نص، ويطلب منه وضع دائرة حول حرف الألف، أو حرف العين أو غير ذلك، ويكافأ الطفل بنجمة على إجابته الصحيحة، وبعد ذلك يطلب منه وضع دائرة حول بعض الكلمات الورادة في النص مثل أب، باب، طاولة، قلم . . .

التدريب العاشر ـ نسخ الحروف الأبجدية بواسطة الإصبع:

يطلب من الطفل كتابة حرف الألف مثلاً بالإصبع وليس بالقلم، وذلك عن طريق غمس إصبع الطفل في ألوان مائية، ويمكن مسك يد الطفل في بادىء الأمر حتى تمكن من رسم الحرف، أو رسم الكلمة الصحيحة فيما بعد، ويمكن للاختصاصي رسم الحروف أمام الطفل الذي يقوم بملاحظة الاختصاصي، ثم يطلب منه تقليد ذلك، ويعطى الطفل نجمة على العمل الصحيح، ولابد من إعطاء الوقت الكافي للطفل من أجل الإنجاز، وبعد ذلك يتم الانتقال إلى القلم ولكن من خلال عملية الشف من ورق شفاف، ويعطى الطفل أيضاً نجمة عن عمله الصحيح.

التدريب الحادي عشر ـ (استخدام شريط الكاسيت): مهارة الإصغاء

في هذا التدريب يستمع الطفل إلى شريط كاسيت فيه مجموعة من الكلمات تتضمن قصة بسيطة تناسب الأطفال، يسمعها الطفل وعليه أن ينتبه إلى كلماتها، ثم يعيد ما سمع، وتتم مكافأة الطفل على استجابته الصحيحة، ويكرر التمرين عدة مرات حتى يتم سرد القصة بشكل صحيح.

التدريب الثاني عشر :

يطلب الاختصاصي من الطفل أن يغمض عينيه ويكتب على يده ، أو على ظهره ، بعض الأحرف أو الكلمات التي يعرفها الطفل ، ثم يطلب من الطفل أن يتعرف على الحرف ، أو على الكلمة ، وفي كل إجابة صحيحة يكافأ بنجمة في كراسة المكافآت .

التدريب الثالث عشر ـ (اللعب والجري) :

اللعب والجري يساعدان على زيادة النشاط الذهني ، وكذلك يزيدان من الوظائف العقلية والقدرة على الانتباه ، وتجعل الطفل ينتبه إلى حركاته ، وإلى أوضاع جسمه ، كما في التدريب على الرقص . ويمكن للطفل ممارسة ذلك يومياً في حدود (١٥ ـ ٢٠) دقيقة وسطياً .

التدريب الرابع عشر ـ (استخدام الكمبيوتر) :

يمكن استخدام البرامج التي تتضمن ألعاب الأطفال على الكمبيوتر ، وجعل الطفل يستخدم لوحة الكمبيوتر والمفاتيح بشكل صحيح ، وذلك على النحو الذي أشرنا إليه سابقاً حول استخدامات الكمبيوتر في مجال تعلم أو تدريب الأطفال .

التدريب الخامس عشر ـ تدريب المكعبات :

نحتاج لهذا التدريب إلى عشرة مكعبات طول ضلعها حوالي إنش واحد

١ ـ الطفل في عمر (١٦) أسبوعاً يحاول الوصول إلى المكعب الموضوع أمامه ، بشكل لا يتمكن من الوصول إليه .

٢ ـ الطفل في عمر (٢٠) أسبوعاً بإمكانه أن يقبض على المكعب بإرادته وأن يمسك به .

٣ ـ الطفل في عمر (٢٤) أسبوعاً تكون لديه قدرة أكبر على الإمساك بالمكعب وبشكل ناضج ، ولكنه يوقع المكعب الذي بيده عندما يعطى مكعباً آخر ليمسكه .

٤ ـ الطفل في عمر (٢٨) أسبوعاً يكون أكثر حذقاً ، يضرب المكعب فوق الطاولة ، ينقله من مكان لآخر ، ويحاول الإمساك به عندما يعطى مكعباً آخر .

٥ ـ الطفل في عمر (٣٢) أسبوعاً يتمكن بإلحاح من الوصول إلى مكعب يوضع بعيداً عن متناول يده .

٦ ـ الطفل في عمر (٣٦) أسبوعاً يميز بين المكعبات ويقارن بينها .

٧ـ الطفل في عمر (٤٠) أسبوعاً يستخدم سبابة يده، ويحاول الإمساك بالمعكب وتفحصّه ويكون من الصعب التخلّي عنه.

٨ـ الطفل في عمر (٤٤) أسبوعاً يبدأ بمحاولة وضع المكعبات داخل وخارج الوعاء الذي توجد فيه.

٩ـ الطفل في عمر (٥٢) أسبوعاً يبدأ برمي المكعبات والأشياء على الأرض.

١٠ـ الطفل في عمر (١٥) شهراً يستطيع بناء برج من مكعبين، كما يتمكن من امساك مكعبين مع بعض بيد واحدة.

١١ـ الطفل في عمر (١٨) شهراً يستطيع بناء برج مكون من ثلاثة أو أربعة مكعبات.

١٢ـ الطفل في عمر السنتين يستطيع بناء برج من ستة أو سبعة مكعبات، ويستطيع تقليد القطار بواسطة المكعبات ولكن بدون وضع مدخنة للقطار.

١٣ـ الطفل في عمر السنتين والنصف، بامكانه تكوين برج من ثمانية مكعبات، وتقليد القطار، مع وضع مدخنة للقطار.

١٤ـ الطفل في عمر الثلاث سنوات تكوين برج من تسعة مكعبات، ويستطيع تقليد الجسر.

١٥ـ الطفل في عمر الثلاث سنوات والنصف يستطيع عمل نماذج للجسر.

١٦ـ الطفل في عمر الأربع سنوات يستطيع تقليد البوابة.

١٧ـ الطفل في عمر الأربع سنوات والنصف يستطيع عمل نماذج للبوابات.

١٨ـ الطفل في عمر الخمس سنوات لا يستطيع صناعة درج (سلّم) من المكعبات.

١٩ـ الطفل في عمر الست سنوات يستطيع عمل درج (سلّم) بواسطة المكعبات.

ويمكن تدريب الطفل على أداء هذه المهام التي تتناسب مع عمره الزمني وهذه المهام تكشف عن سلامة عملية النمو لدى الطفل وقدراته وخاصة البصرية ـ الحركية، بالإضافة إلى حالات التصلب، والرعشة، وصعوبة الحركة (Ataxia) وغير ذلك ويمكن أن يصاحب تدريبات المكعبات تعليمات أخرى تكشف عن قدرة الطفل على الفهم والانتباه والتواصل مع الآخرين، مثل أن تعطى التعليمات التالية للطفل:

ـ خذ الكرة من الأم. وضعها فوق الكرسي، ثم أعطني إياها، ثم ضعها فوق

الطاولة. وهذه مراحل أربع يستطيع طفل عمره سنة ونصف أن يقوم بأداء اثنتين منها، وطفل السنتين أداء المراحل الأربع.

التدريب السادس عشر ـ التعرف على الألوان (Colours):

يمكن الاستعانة بالمكعبات الملونة، أو بأشياء أخرى ملونة بالأحمر، والأخضر، والأصفر، والأبيض، والأسود، وعادة طفل الثلاث سنوات يميّز أحد الألوان بشكل صحيح، وطفل الأربع سنوات يميّز بين (٢ ـ ٣) لون، وطفل الخمس سنوات يميّز حوالي (٤ ـ ٥) ألوان، وطفل الست سنوات يميّز بين كافة الألوان.

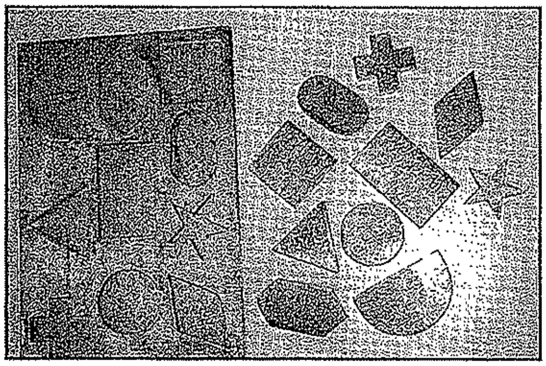
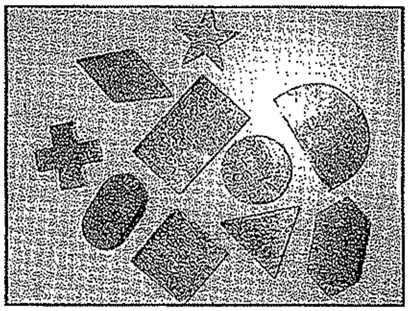
التدريب السابع عشر ـ التدريب على عمليات رسم بعض الأشكال

والطفل عادة في عمر (١٥) شهراً يقوم بتقليد الرسم عن طريق الخربشة (الرسم دون دقة وعناية)، والطفل في عمر (١٨) شهراً يشطب كثيراً عند تقليد الرسم، وطفل السنتين يقلّد الخطوط العمودية والدائرية، وطفل عمر السنتين والنصف يشطب مرة أو مرتين عند رسمه خطوطاً متقاطعة، أو عند تقليده لخطوط أفقية، وفي عمر الثلاث سنوات ينسخ دائرة، ويقلد التقاطع، ويرسم رجلاً، وفي عمر الأربع سنوات ينسخ تقاطعاً، وفي عمر الأربع سنوات ينسخ مربعاً، وفي عمر الخمس سنوات ينسخ مثلثاً، وفي عمر لست سنوات ينسخ المعين.

التدريب الثامن عشر ـ اختبار لوحة سيجان لقياس القدرات العقلية لدى الأطفال:

تفيد هذه اللوحة المقننة في قياس القدرات العقلية لدى الأطفال الصغار بين عمر (٣ ـ ١٢) سنة، وهي تعتمد على قدرة الطفل على التمييز بين الأشكال الهندسية، وإدراك المكان، والانتباه إلى تفاصيل الأشكال، وعلى مستوى التوافق البصري ـ الحركي لدى الطفل أثناء الأداء، ولاستخدام هذه اللوحة تعليمات وشروط خاصة بالطفل كما أن لها معايير محددة وهي تفيد في تدريب طفل فرط الحركة على زيادة الانتباه والتركيز والاستمرار في الأداء، . .

والشكل التالي يوضح لوحة سيجان والمعايير العقلية.

Norms for seguin form board
(A Guide for children mental testing)

معايير لوحة سيجان للقياس العقلي

(دليل الاختبار العقلي للأطفال)

Mental age العمر العقلي	3.5	4	4.5	5	5.5	6	6.5	7	7.5	8	8.5	9	9.5	10	10.5	11	11.5	12	12.5
Shortest of three (by seconds) (مدة أقصر محاولة بالثواني)	56	46	40	35	31	27	25	23	21.5	20	19	18.5	17.5	15.5	16	15	14.5	14	13.5
Total of three trails (by seconds) (مجموع زمن الثلاث محاولات بالثواني)	216	161	133	123	114	105	98	90	83	77	72	69	64	61	58	55	52	49	46

ولا ننسى أن على الاختصاصي أو المعالج النفسي العمل على تدريب الطفل الذي يعاني من فرط الحركة على بعض المهارات الاجتماعية الأساسية في إطار التدريبات السابقة، مثل:

١ ـ الابتسامة والتحية والسلام على الآخرين.

٢ ـ الجلوس مع الآخرين، الأطفال، أو الكبار، داخل الأسرة وعدم السلبية والإنطواء.

٣ ـ الكلام والتعبير عن المشاعر والأفكار والتواصل اللغوي اللفظي.

٤ ـ تلقي التعليمات من المعلم أو الأسرة وفهمها والعمل على تنفيذها.

٥ ـ الحد من السلوكات المضادة للمجتمع مثل: الكذب، محاولة السرقة،

العدوان، العناد، اللامبالاة . . .

٦ ـ تنمية التواصل الاجتماعي مع الآخرين والإحساس بالودّ والتقبل والتعاون .

٧ ـ مساعدة الأسرة (وخاصة الأم) في المنزل .

٨ ـ طرح الأسئلة والاستفسار من الآخرين عن بعض الأمور .

٩ ـ الاستماع للآخرين والإنصات لحديثهم دون مقاطعة .

١٠ ـ مساعدة الكبار والمحتاجين .

١١ ـ طاعة القوانين والأنظمة وعدم مخالفتها .

١٢ ـ القيام بالواجبات المدرسية والأسرية، وأداء بعض الأنشطة اللازمة .

١٣ ـ تدريبات أخرى : مثل الزيارات، الرحلات، الحفلات، المناسبات . . . الخ .

بعض الحلول الاجرائية لضعف القدرة لدى الطفل على اتباع التعليمات ومن أجل زيادة قدرة الانتباه لديه:

إن اتباع الطفل للتعليمات التي توجه إليه من قبل الاختصاصي، أو المعلم، أو الوالدين لها خاصية أساسية في مجال التعلم والتدريب، وبدون فهم التعليمات وتطبيقها لا يكون هناك تعلم، أو أداء صحيح . وتظهر هذه الصفة كثيراً لدى أطفال فرط الحركة، وأطفال اضطرابات النمو، (وبعض الأطفال العاديين)، ومن المؤشرات على ذلك على سبيل المثال :

١ ـ تجاهل الطفل بشكل مقصود أو غير مقصود للتعليمات التي تعطى له .

٢ ـ الشرود أو نسيان التعليمات، ومثل هؤلاء الأطفال يسألون الآخرين، أو ينظرون في الكراسات .

٤ ـ غموض التعليمات وعدم وضوحها في ذهن الطفل .

٤ ـ تعوّد الطفل على أداء أعماله دون تعليمات أو توجيهات .

٥ ـ تساهل الكبار في محاسبة الطفل أو تقييمه وذلك لعدم تذكيره بأهمية التعليمات .

٦ ـ الإهمال واللامبالاة من قبل الطفل .

٧ ـ العناد في عدم اتباع التعليمات إزعاجاً للكبار، أو تحقيقاً لبعض المكاسب النفسية

لدى الطفل، وعادة عندما يواجه الاختصاصي مثل هذه الحالات ينصح بما يلي:

١ ـ إغفال أو تجاهل مثل هذا الخطأ في بادىء الأمر، وتذكير الطفل بضرورة اتباع التعليمات لتحقيق أهدافه أو للحصول على المكافأة.

٢ ـ تأكيد الاختصاصي أو المعلم، أو الأسرة على أهمية التعليمات وتعزيز ذلك ايجابياً أو سلبياً.

٣ ـ استخدام طريقة الغرامة المتدرجّة حيث يخسر الطفل تدريجياً عدداً من المكافآت بسبب سلوكه هذا.

٤ ـ تدرج التعليمات من السهل إلى الصعب، ومن البسيط إلى المركب مع مراعاة مرحلة نمو الطفل وقدراته العقلية وغير العقلية، ومستوى خبرات الطفل.

٥ ـ معالجة الشرود والنسيان بالتعرف على مشاكل الطفل الأسرية والمدرسية والتخفيف من قلق وتوترات الطفل.

٦ ـ تعليم الطفل مهارة التخطيط والتحضير اليومي للدروس والواجبات مع التشجيع والاقتداء.

٧ ـ ربط التعليمات بالمعززات، مثلاً تعزيز سلوك التذكر لدى الطفل.

٨ ـ تذكير المعلم، أو الأسرة للطفل يومياً وشفوياً بجدول الدروس اليومية، والواجبات المدرسية.

٩ ـ إعطاء الطفل وقتاً خاصاً حوالي نصف ساعة يومياً للقاء مع الأب أو الأم في أوقات غير الدراسة.

١٠ ـ تنظيم النشاط اليومي بين الدراسة والأنشطة واللعب.

١١ ـ لا تعطى التعليمات للطفل وهو في حالة إرهاق أو تعب، وعلى الاختصاصي أن لا يعطي التعليمات للطفل إلا بعد تخطيط مسبق.

١٢ ـ ينبغي تجنب مقارنة الطفل بغيره من الأطفال، وعدم الإلحاح عليه بشدة من خلال التعليمات للدراسة أو للقيام بعمل ما، ويجب عدم إهمال متابعة الطفل، وتجاهل السلبيات والتأكيد على الايجابيات في سلوكه.

إجراءات لمواجهة ضعف القدرة على التركيز لدى الطفل:

القدرة على الانتباه والتركيز لدى الطفل هي عبارة عن وظيفة عصبية ـ نفسية ـ فكرية وتقاس عادة بمقدار مثابرة الطفل زمنياً على أداء مهمة ما، مع صعوبة في قدرة المثيرات على تشتيت انتباه الطفل. مثلاً قد ينفق الطفل ثلاث ساعات في تعلم موضوع أو مهارة ما، يكون في ساعة ونصف منها منشغلاً فكرياً بمثيرات جانبية، فإذا كان الموضوع المتعلم يتطلب من أجل تعلمه بالشكل الصحيح ثلاث ساعات فإن مدة الساعة والنصف تكون غير كافية من حيث الانتباه والتركيز، أو من حيث المثابرة، ويرى علماء النفس بأن تعلم الفرد لمهارة ما، أو لمادة ما يتناسب طرداً مع مقدار التركيز الزمني، فإذا بلغت نسبة وقت التركيز بالنسبة لمجموع الوقت المطلوب والعام واحداً صحيحاً، فإن تعلم الطفل يصل إلى نسبة (١٠٠٪) أي يكون الطفل قد تمكّن من إتقان عملية التعلم أو التدريب. أما إذا بلغت نسبة التركيز الذهني من مجموع الوقت (٥٠٪)، أو نصف فإن مستوى تعلم الطفل للمادة يصل إلى مستوى (٥٠٪) فقط، وهكذا..:

$$\text{درجة التعلم} = \frac{\text{الوقت الحقيقي الذي يصرف}}{\text{الوقت اللازم للتعلم}} = \frac{\text{وقت التركيز والمثابرة}}{\text{الوقت اللازم للتعلم}}$$

ومن الطبيعي أن هناك فروقاً فردية بين الأطفال، وتشير الدراسات النفسية حول حالات التربية الخاصة وأطفال فرط الحركة بأن نسبة التركيز الذهني لدى هؤلاء الأطفال من أجل تعلم قصيدة شعر لا يتعدى (١٠٪) من مجموع الوقت اللازم لتعلم هذه القصيدة، ومن أجل تعلم مادة عملية أو حركية مثل الرسم، أو العزف... فإن نسبة التركيز تصل وسطياً حتى (٢٥٪) من مجموع الوقت اللازم لتعلم هذه المهارة العملية أو الحركية.

من ناحية أخرى، وجد أن القدرة على الانتباه أو التركيز المستمر لدى الأطفال العاديين بين عمر (٧ ـ ١٢) سنة تتراوح بين (٥) دقائق ـ (٢٠) دقيقة، بينما تصل هذه النسبة لدى أطفال فرط الحركة من العمر نفسه وسطياً بين (١ ـ ٣) دقائق، ومن الطبيعي أن لضعف الانتباه والتركيز مظاهر متعددة، أهمها ترك الطفل للمهمة التي يقوم بها

والانتقال إلى مهمة أخرى أو عمل آخر، مع عدم الرغبة في المتابعة، والإحساس بالملل السريع، وعدم متابعة التعليمات والصمت... الخ، لذلك على الاختصاصي أو المعلم معرفة مشاكل الطفل، وما قد يشتت انتباهه، وربط موضوع التعلم باهتمامات الطفل، وتعزيز عملية التركيز بشكل مستمر واتباع طريقة الحث، والاقتداء، وملاحظة الطفل لعدة أيام والتعرف على مقدار التركيز لديه، (ويمكن حساب الخط القاعدي لمعدل التركيز بالدقائق)، حيث يقدم الاختصاصي مهام تعليمية على الطفل إنجازها خلال زمن قدره (٣) دقائق ثم (٤) دقائق، ولمدة أسبوع ثم نقل الطفل إلى مهمة تتطلب (٥) دقائق ولمدة أسبوع آخر، حتى يصل الطفل مع الاختصاصي إلى أداء مهمة تحتاج إلى ساعة زمنية، كذلك على المعلم مراعاة قدرات الطفل وعدم تكليفه بعمل صعب مما يدفع الطفل نحو الشرود أو السرحان، ومن الضروري الاعتماد على الوسائل الحسية التعليمية، وعلى الحوافز باستمرار، ولابد من متابعة الطفل باستمرار، وإعادة تقييم وضعه العام بعد أشهر من العلاج.

المراجع العربية:

١ ـ أحمد عبد العزيز سلامة: (أسس سيكولوجية الطفولة والمراهقة)، مترجم، مكتبة الفلاح، الكويت (١٩٨٦).

٢ ـ حامد عبد السلام زهران: (علم نفس النمو)، عالم الكتب، القاهرة (١٩٨٦).

٣ ـ إبراهيم حافظ: (تطور نمو الأطفال)، مترجم، عالم الكتب، القاهرة (١٩٦٢).

٤ ـ السيد محمد خيري: (رعاية الطفل وتطور الحب)، ترجمة، دار المعارف، القاهرة (١٩٦٨).

٥ ـ اسحاق رمزي: (مشكلات الأطفال اليومية)، مترجم، دار المعارف، القاهرة (١٩٦٩).

٦ ـ صلاح مخيمر: (تناول جديد لمشكلات المراهقة)، مكتبة الانجلو، القاهرة (١٩٦٩).

٧ ـ عبد المنعم المليجي وحلمي المليجي: (النمو النفسي)، دار النهضة العربية، القاهرة (١٩٧٣).

٨ ـ فؤاد البهي السيد: (الأسس النفسية للنمو من الطفولة إلى الشيخوخة)، القاهرة، دار الفكر العربي (١٩٦٨).

٩ ـ حافظ الجمالي: (علم نفس الطفل من الولادة وحتى المراهقة)، مطبعة جامعة دمشق (١٩٦٥).

١٠ ـ مصطفى فهمي: (سيكولوجية الطفولة والمراهقة)، مكتبة مصر، القاهرة، (١٩٦٥).

١١ ـ فتحي عبد الرحيم: (سيكولوجية الأطفال غير العاديين)، جزء (١ ـ ٢)، دار القلم، دبي (١٩٨٢).

١٢ ـ محمد حمدي الحجار: (فن العلاج في الطب النفسي السلوكي)، دار العلم للملايين، بيروت (١٩٩٠).

١٣ ـ محمد حمدي الحجار: (العلاج السلوكي المعاصر)، دار العلم للملايين،

بيروت (١٩٨٩).
١٤ ـ محمدي حمدي الحجار : (العلاج السلوكي للأطفال)، دار النفائس، بيروت (١٩٩٨).
١٥ ـ رمزية الغريب : (العلاقات الإنسانية في حياة الصغير ومشكلاته اليومية)، الأنجلو المصرية (١٩٦٨).
١٦ ـ صالح الشمّاع : (إتقاء اللغة لدى الطفل) من الميلاد حتى السادسة، دار المعارف المصرية (١٩٦٢).
١٧ ـ فاخر عاقل : (سلوك الطفل)، ترجمة، مكتبة النوري، دمشق (١٩٦٩).
١٨ ـ كمال إبراهيم مرسي : (التخلف العقلي وأثر الرعاية والتدريب فيه)، دار النهضة العربية، القاهرة (١٩٧٠).
١٩ ـ ملحم حسن : (مصادر شخصية الطفل)، ترجمة، المطبوعات الجامعية، الجزائر (١٩٧٩).
٢٠ ـ لويس كامل مليكة : (العلاج السلوكي وتعديل السلوك)، دار القلم، الكويت (١٩٩٣).
٢١ ـ محي الدين توق : (أساسيات في علم النفس التربوي)، جون وايلي، نيويورك (١٩٨٢).
٢٢ ـ محمد زياد حمدان : (تعديل السلوك الصفي)، مؤسسة الرسالة، بيروت (١٩٨٢).
٢٣ ـ محمد أحمد النابلسي : (ذكاء الجنين)، دار الجيل، بيروت (١٩٨٦).
٢٤ ـ أمل بوهارون : (عوامل انتشار اضطراب فرط الحركة لدى تلاميذ المرحلة الابتدائية في إمارة الشارقة)، بحث تخرج مقدم إلى جامعة الإمارات، كلية الطب (١٩٩٦).
٢٥ ـ جمال الخطيب : (تعديل السلوك : القوانين والاجراءات)، الجامعة الأردنية، عمان (١٩٨٧).
٢٦ ـ محمد فرغلي فراج : (تعديل سلوك الأطفال)، مترجم، دار المعارف، القاهرة (١٩٨٦).

٢٧ ـ علي الطراح : (مرشد الوالدين في اضطراب قصور الانتباه، مفرط النشاط لدى الأطفال)، ترجمة، سلسلة دراسات علمية، رقم (٢٦)، الجمعية الكويتية لتقدم الطفولة العربية (١٩٩٦).
٢٨ ـ مصطفى فهمي : (سيكولوجية الأطفال غير العاديين)، مكتبة مصر، القاهرة (١٩٦٥).
٢٩ ـ جامعة الدول العربية : (حلقة المعوقين والموهوبين في العالم العربي)، الكويت (١٩٧٣).
٣٠ ـ نعيم عطية : (الذكاء وإعاقات التعلم)، المنظمة العربية للتربية والثقافة والعلوم، تونس (١٩٨٥).
٣١ ـ سيد عثمان : (صعوبات التعلم)، الانجلو المصرية، القاهرة (١٩٧٩).
٣٢ ـ محمد مصطفى زيدان : (الصعوبات المدرسية لدى الطفل)، مترجم، الانجلو المصرية، القاهرة (لا توجد سنة).
٣٣ ـ حامد الفقي : (التأخر الدراسي تشخيصه وعلاجه)، عالم الكتب، القاهرة (١٩٧١).
٣٤ ـ زياد السرطاوي، عبد العزيز السرطاوي : (صعوبات التعلم الأكاديمية والنمائية)، مترجم، مكتبة الصفحات الذهبية، الرياض (١٩٨٤).
٣٥ ـ محمود الزيادي : (علم النفس الاكلينيكي ـ التشخيص والعلاج)، الانجلو المصرية، القاهرة (١٩٨٨).
٣٦ ـ محمد حمدي الحجار : (عالج مشكلاتك النفسية بنفسك)، دار النفائس، بيروت (١٩٩٩)، ص (٢٣٧).

المراجع الأجنبية:

1 - Adesso, V. J. (1990) (Habit disorder), international handbook of behavior modification and therapy. 2nd ed. New York, Plenum Press.

2 - Alexander, F. (1959) Psychosomatic Mdicine and it is principles application, W. Norton Company, N.Y.

3 - Bandoura, A. (1969) (Princeples of behavior Modification), New York, Holt Rinehart, and Winston.

4 - Bandura, A. (1977) (Social Learning Theory), Englewood Cliffs, N.J. Prentice -Hall.

5 - Havighurst, R.J. (1952), (Developmental tasks and general education), Londen, Longman Green and Co.

6 - Herbert, M. (1987), Behavioural treatment of children with problems. A practice manual, London Academic Press.

7 - Lazarus, A.A. (1971), (Behavior therapy and beyond), New York, Mc Graw Hill.

8 - Madanes, C. (1988): (Strategic family therapy), San Francisco, Jossey-Baxx Publishers.

9 - Mikuls, W.L. (1978), (Behavior Modification), New York, Harper and Row.

10 - Mowrer, O. H. (1985) (Learning theory and behavior therapy). In B. B. Wolman (Ed), Handbook of clinical psychology, New York, McGraw - Hill.

11 - Wolpe, J. (1952): (Experimental neuresis as learned behavior), British Journal of psychology No. 43.

12 - Wolpe, J. (1961), The systematic desensitization treatment of neureses, Stanford University Press, Calif.

13 - Wolpe, J. and Lazarus, A.A. (1966), Behavior therapy techniques,

Pergamon Press, London.

14 - Stephen, C. Luce etall: (1981) (How to reduce autistic and severely maladptive behaviors), Texas, PRO-ED Inc, U.S.A.

15 - Hall. R.V. et all (1980), (How to use time out?) Lawrence, Kansas, U.S.A., H. and H. Enterprises.

16 - American Psychiatric association (1994): DSM-IV R: Diagnostic and statistical manual of mental desorders. Washington DC. American psychiatric association.

17 - Bryna, S (1996),Behavior managment and teaching Pergamon Press.

18 - Rutter, M. and Garmezy, N. (1983), Developmental psychopathology, In E.M. Hethcrington (Ed), Handbook of child psychology, Vol (4), New York, Wiley.

19 - Holborow, P.L. and Berry, P.S. (1986), Hyperactivity and Learning dificulties Journal of Learning Disabilities.

20 - World Health Orgnization, (1993), Classification of mental and Behavioral Disorders, Geneva, WHO, SwitzerLand.

21 - Ross, A.O.: (1981) (Child behavior therapy), Principles, procedures and empirical basis, New York, John Wiley and Sons.

22 - Ingersoll, B.: (1988) (Your hyperactive child), New York, Doubleday Co.

23 - McGee, J. Menolascino, F.J. Hobbs, D.C. and Menousek, P.E. (1987) (Gentle Teaching), A non aversive approach to helping persons with mental retardation, New York, Human sciences.

24 - Beck, A.T (1976) (Cognitive therapy and emotional disordess), New York, International Universities Press.

25 - Peggy, C. Ferry, Morris, G. et all: (1988) (Current problems in paediatrics), year book. medical publishers Inc, Volume (XVIII) number (10).

26 - Stanson, E. Samenow: (1989):(Before it's too late), Times books, a division of Random house Inc: New York.

27 - R. Goodman, S. Scott (1997): (Child psychiatry) Blackwell science Ltd, London, P. 50.

28 - Michael Rutter, Hersov: (1999) Child and adolescent psychiatry, Amazon - Company, U.S.A.

29 - Hinshaw, S.P. (1994): Attention deficit and hyperactivity in children, Sage, Thousand Oaks, CA.

30 - Tylor, E: (1994): Syndromes of attention deficit and overactivity. In child and adolescent psychiatry, Modern approaches, 3rd: Blackwell science, Oxford, P.285.

31 - Tylor, E et al: (1996): Hyperactivity and conduct problems as risk facters for children.

32 - Samuel, A. Kirk and James Chalfant: (1984) (Academic and Developmental Learning disabilities), University of Arizona, Love publishing company, London.

33 - Abraham Willard: (1964): The slow learnes, Center for applied research in education, Inc. N.Y.

أسماء منظمات في الولايات المتحدة تهتم باضطراب فرط النشاط ونقص الانتباه وصعوبات التعلم لدى الأطفال:

1 - Attention Deficit Disorder Association. (ADDA) 8091 South Ireland way. Aurora, Colorado 80016 (800) 487 - 2282.

2 - Children With Attention Deficit Disorders. (CHADD)
Suite 185
1859 North pine Island Road Plantation, Florida 33322
(305) 857 - 3700.

3 - Learning Disability Association of America (LDA), 4156 Library road pittsburgh, pennsylvania 15234 (412) 341 - 1515.

4 - Tourette Syndrome Association. (TSA) 42 - 40 Bell Boulevard Bayside, New York, 11361.

5 - National Center for Learning Disabilities, 99 - Park Avenue, New York, 10016 (212) 687 - 7211.

المصطلحات الأجنبية الواردة في الكتاب

A

Abjure	يجتنب
Abandoned child	الطفل المحروم
Accustomed	معتاد، متعود
Adjustment	تكيَف
Adjacent	مجاور، قريب
Adjunctive	ملحق، مساعد
Affective disorder	اضطراب وجداني
Aggression	عدوان
Alienation	اغتراب
Allegedly	إدعاء، زعم
Alluring	إغراء، إفتان
Altruism	الغيرية، الإيثار
Accrues	حقوق شرعية
Agitated	متهيِج، هياج
Amazingly	مذهل، مدهش
Anoxia	نقص الأكسجين
Anorexia	فقدان الشهية للطعام
Annoy	مزعج، مضايق، مقلق
Anthology	مقتطفات أدبية مختارة
Antisocial	ضد إجتماعي
Antifungal	مضاد للفطريات
Anxiety	قلق
Anxiety Hierarchy	مدرج القلق
Arduous	شاق
Assertiveness	تأكيد الذات
Assessment	تقييم
Astute	ذكي، داهية، ماهر
Anticonvulsant	مضاد للاختلاجات
Asylum	ملجأ للأطفال
Attending	حضور
Autism	توحَد
Attachment	تعلَق
Audiogram	مقياس قوة السمع
Auditory	سمعي
Auditory training	تدريب سمعي
Avoid	يتجنب

B

Baffles	يحيِّر - يربك
Baby Talk	كلام طفلي
Baseline	الخط القاعدي
Baby sitters	جليسة الطفل
Banging	ضرب الآخرين بعنف
Behavior Therapy	علاج سلوكي
Behavior Modification	تعديل السلوك
Beverages	شراب (مشروب)
Beware	يحترس، يحذر
Biofeedback	تغذية راجعة
Bites	يعض، يتناول جزءاً من الطعام
Bizare	غريب، شاذ
Boasts	مفاخر، مباهاة
Blame	لوم
Blurting	إفشاء السر دون تفكير
Blaze	لهيب، وهج، اشتعال
Bouts	قتال (مباراة)
Bother	ضجة، إرباك، إزعاج
Bowel problems	مشكلات في الأحشاء
Bulimia	زيادة الشهية للطعام (النهم)
Breaches of rules	خرق القواعد والأنظمة
Breakthroughs	يخترق / تقدم مفاجيء في المعرفة
Bigoted	شديد التعصب
Brags	يفاخر، يتبجَح
Brain Neurotransmitting	ناقل عصبي
Chemical	كيميائي
Buffers	يصقل، يخمِد
Bullies	أشقياء، بلطجية
Burglary	السطو على المنازل ليلاً

C

Capitulate	يستسلم
Castigate	يعاقب، يؤنب، ينتقد بشدة
Cerebral Allergy	حساسية في الدماغ
Cerebral Pallsy	شلل دماغي
Consent	موافقة، قبول

Cognition	معرفي
Concept	مفهوم، تصوّر
Cause and effect	السبب والنتيجة
Candidiasis	فطريات
Candy	سكر نبات، حلوى
Caregivers	تقديم الرعاية
Cautiously	بحذر
Careless	إهمال، لا مبالاة
Childing	حامل، حُبلى
Childbed fever	حمّى النفاس
Childbed	المخاض / حالة الولادة
Chaotic	مشوّش
Chemo-therapy	علاج كيميائي
Chews	يمضغ
Cheating	تحايل، غشٌ
Childish	طفلي
Chip	قطع، رقائق
Climbing	يتسلّق
Close attention	انتباه تام
Conduct disorder	اضطراب في السلوك
Communication problems	مشكلات التواصل
Conditioned response	استجابة شرطية
Cognitive therapy	علاج معرفي
Cow	يروع بالتهديد
Continuous Reinforcement	تعزيز مستمر
Concomitant	ملازم، مصاحب
Compulsive behavior	سلوك قهري
Consequences	توابع، لواحق
Computer Asisted Instruction	التعليم بمساعدة الكمبيوتر
Connives	يتآمر، يتستر على جريمة
Connotations	دلالة، معنى إضافي
Constipation	إمساك
Cosmetic	تجميل
Conviction	إدانة
Counseling	إرشاد
Critical periods	فترات حرجة
Crackers	معتوه، مخبول
Cross-Legged	جالس القرفصاء
Crouches	ينحني

Cruel	قاسٍ، متوحش
Compensate	تعويض
Creep	يدرج ببطء، يحبو
Compliance	إلزام، مطاوعة
Chore	واجب، أو عمل خفيف

D

Dampen	يكبح، يوهن، يخمّد
Day dream	أحلام اليقظة، السرحان
Denial	إنكار
Dependency	اتكالية
Dependant variable	متغير تابع
Demands	مطالب
Depression	اكتئاب
Deceleration	يبطئ، ينقص السرعة
Deflection	ينحرف، يزيغ
Deter	يعوق، يمنع، يردع
Developmental disabilities	صعوبات التعلم
Developmental tasks	مطالب النمو
Diet	حمية، غذاء
Deluded	مخادع
Destiny	مصير، قدر
Differential diagnosis	التشخيص التفريقي
Distractibility	ذهول، حيرة، ارتباك
Disgrace	فضيحة، جلب العار
Disturb	يزعج
Disobedient	متمرد، خارج عن الطاعة
Double Dealer	غشاش
Double Cross	يغش، يغدر
Dopey	بليد، مغفّل، مخدّر
Drug Holiday	العطلة الدوائية
Dystonia	خلل في التوتر
Dystocia	عسر في الولادة
Dysgnosia	عسر الفهم
Dyskinesias	خلل حركي، ضعف الحركة
Dyslexia	اضطراب القدرة على القراءة
Distress	ألم، محنة
Digitalized	مرقّمة
Dietary regimens	نظام أو حمية غذائية
Disproved	يدحض

Disattending لا يسهر على صحته، لا يلازمه
Dubious مشكوك فيه
Defiance تحدّي
Distraught ذاهل، مهتاج، شديد الاضطراب
Deterrence منع، ردع
Dupe يخدع
Deprivation حرمان

E

Early school year سنوات الدراسة الباكرة
Echolalia ترديد الألفاظ المسموعة
Echoing صدى الصوت (ترديد الكلمات)
Efficacious فعّال، مؤثر
Egocentrism التمركز حول الذات
Ego الأنا (مصطلح في التحليل النفسي)
Ethical sense الحس الأخلاقي
Elated متهيّج
Embrace يعانق، يحب، يتقبل بسرور
Embryo الجنين
Embed يغمر، يطمر
Emotion انفعال، عاطفة
Emulation منافسة، محاكاة
Emaciated هزال
Encopresis التبرز اللاإرادي
Enuresis التبول اللاإرادي
Enthusiastic متحمس (من حماسة)
Environment بيئة
Epinosic gains مكاسب ثانوية
Eradicate يستأصل، يبيد
Errant شارد، ضال، هائم على وجهه
Erratic behavior سلوك شاذ، غريب
Etiology علم أسباب الأمراض
Excessive زائد عن الحد
Exceptional غير عادي / مستثنى
Extinction انطفاء (السلوك)
Extremeities الأطراف
Extortion اغتصاب
Extravrsion إنبساط
Exonerate يبرىء
Exuberance المرح والحماس الزائدين

F

Fading تلاشي، إذبال
Family counseling الإرشاد الأسري
Family planning تنظيم الأسرة
Felong جريمة
Fears مخاوف
Feve = Febris حمّى
Fiddle تحريك اليدين والأصابع بشكل قلق
Ferret باحث، نشيط
Fidget يتحرك بتململ
Figured out يكشف، يفهم، يحسب
Fixation التثبيت
Fixed interval فترة ثابتة للتعزيز
Flapping يصفع
Flee يتفادى، يتجنب
Floppy baby = amyotonia تنائر الطفل الرهل (ترهّل العضلات)
Fluky واقع بالمصادفة (رمية بدون رام)
Forcible قسري
Forgery تزييف، تزوير
Frustration إحباط
Friedman's Test اختبار فريدمان للكشف عن الحمل
Functional prosthetics وسائل التعويض الوظيفية
Forerunner نذر، بشائر
Ferreting يبحث، يستكشف

G

Gags يغلق فمه
Gene مورث
Gentle teaching therapy العلاج بالتعليم الملطّف
Get along with ينسجم مع شخص ما
Get along يتقدم، يتحسن
Genetic defect عيب أو عطب جيني
Gestalt الصيغة، أو الشكل
Gist جوهر، أساس القضية
Giggling قهقهة
Giddily طيش، استهتار
Glory مجد، عظمة
Gross فظ، خشن

Genual	ركبي (من ركبة)
Gonalgia	ألم في الركبة
Grab	يختطف، ينتزع
Grown-ups	راشدين، بالغين
Grunts	صوت نخير، أو أزيز
Grasping reflex	يعكس القبض على الأشياء
Guilt feeling	الإحساس بالإثم
Guttur	الحلق
Gynaephobia	الخوف من النساء

H

Haplessly	قليل الحظ، سيء الطالع
Habit	عادة
Habituation	التعوّد (من عادة)
Hand-over-hand	تقدم سريع متواصل
Hair pull	نتف الشعر
Heyday	ذروة، أوج
Heading	عنوان، ترويسة
Heridity	وراثة
Hid	يخفي، يخبيء
Hitting	يضرب
Hit and Miss	يصيبه حيناً ويخطيء حيناً
Hoax	يخدع، خدعة
He cases out	يراقب بقصد السرقة
Holding therapy	العلاج السائد / المسيطر
Homunculus	قزم
Hostility	كراهية
Hug	يحضن
Humility	خضوع
Humming	طنين في الأذن
Hypochondriasis	توهم المرض
Hurt	مؤذٍ، ضار
Hypomania	هوس تحت حاد
Hyperactivity	فرط النشاط (أو الحركة)
Humble	متواضع

I

Identification	هوية
Ignoring	تجاهل
Imbibing	تشريب، امتصاص
Impose	يفرض على، يتطفّل
Immobilizing	يثبته في مكانه، يشل حركته
Immaturity	نقص النضج
Immature	غير ناضج
Impatience	نفاذ الصبر
Impulsivity	الاندفاعية (في السلوك)
Impulsive act	فعل إندفاعي
Imitation	تقليد
Incessantly	باستمرار، على نحو متواصل
Independent	متغير مستقل
Individual differences	الفروق الفردية
Impudent	وقح، قليل الحياء
Incident	عارض، طاريء
Inclined	ميال إلى (ينحدر)
Infection	خمج، عدوى، إنتان
Infliction	اتهام شخص ما بأمر ما
Inflict	يتهم شخص ما، ينزل به عقوبة
Inactive	خامل، غير فعال
Incorrigible	فاسد، لا يمكن إصلاحه
Initial	أولي، إبتدائي
Incure	يجلب على نفسه، يستهدف
Inhibition	كف، تثبيط
Inattention	عدم القدرة على الانتباه
Insomania	أرق
Insight	استبصار
Insult	إهانة، تحقير
Instructional	تعليمي
Intimidation	التهديد، الإرهاب
Intractable	عنيد، عسير
Intranatal	أثناء الولادة
Intelligence	ذكاء (قدرة عقلية عامة)
Interitous	مصاب باليرقان
Introversion	إنطواء
Intoxication	تسمم
Irritable	قابل للإثارة
Intrudes	يتطفّل، يقحم نفسه

J

Jaw	الفك
Jealousy	غيرة
Joint	مفصل

K

Kainophobia الخوف من الأشياء
Kakosmia رائحة كريهة
Keloidosis الجُدار (الإصابة بالجدري)
Kinetographic مقياس خاص بتخطيط الحركة
Kindergarten رياض الأطفال
Kinaesthesia حساسية حركية
Kleptomania هوس السرقة
Kyphosis الحدب (تحدُّب الظهر)، الدنن

L

Language disorder اضطراب لغوي
Lash يجلد، يضرب بالسوط
Lateral جانبي
Lateroccuring يحدث بصورة متأخرة
Leap وثبة (انتقال مفاجيء للطفل)
Leery حذر، ماكر، خبيث
Learning disability صعوبة في التعلم
Light-Bright صقل خفيف لقدرات الطفل
Lieu مكان، بدل، عوضاً عن
Libido الطاقة الجنسية لدى الطفل
Line-up يراصف، يقف في الصف
Likelihood أرجحية، احتمال قوي
Loss of appetite فقدان الشهية للطعام
longitudinal study دراسة طويلة
lying كذب

M

Maids خادمات
Maladaptive غير تكيُفية
Maturation نضج
Mental age العمر العقلي
Mental Disability إعاقة ذهنية
Maternal أمومي
Meted وزّع
Misdeeds إثم، شر، عمل سيء
Mnemonic (فن تقوية الذاكرة) مساعد الذاكرة
Modeling نمذجة، اقتداء
Mome الأحمق، الأبله
Monolog حوار مع النفس
Modulate يلطّف، يعدّل، أكثر جودة
Mood disorders اضطرابات المزاج
Motor disorder اضطراب حركي
Molestation تحرش
Mood swings تقلب المزاج
Monotonous رتيب، ممل
Mugging بسذاجة، بغيض
Multiple: Baseline الخط القاعدي المتعدد

N

Naughtiness عدم الطاعة
Narration قصة، رواية، حكاية
Natal ولادي
Nasty مقرف، بذيء
Narcissism النرجسية
Narcose مخدّر
Naevus = Nevus شامة، وحمة
Nausea غثيان
Needs حاجات
Negative Inforcement مدعم سالب
Neurotransmitters نواقل عصبية
Neuretic عصابي
Neuroleptics مثبطات للأعصاب
Night mare الكابوس (الجثام)
Norms معايير
Noises ضوضاء
Noninvasive غير عدواني
Nostrum علاج سرّي التركيب / ليطمئن إليه
Nurturance الحنو، الحنان
Nystatin مضاد للفطريات (عقار)

O

Odds and ends نثريات، بقايا
Offshoot فرع من أسرة أو عرق أو نبتة
Off-task behavior سلوك بعيد عن المهمة
Odemeters عداد المسافات
Onslaught هجوم، انقضاض
Omission therapy العلاج بالاغفال
On the ego يركّز على ذاته
Opt يختار، يؤثر

Options therapy	العلاج الاختياري
Organizing	تنظيم
Outmoded	مهجور، زي قديم
Outbursts	تفجر، انفجار
Over-excitation	إثارة زائدة
Ovum	بويضة (الأم)
Overly	أكثر من اللازم
Over protection	الحماية الزائدة للطفل

P

Panacea	دواء عام لجميع الأمراض
Parents	آباء
Papooses	أطفال ا لهنود الحمر
Pace	نسبة التقدم
Peanut	مقدار ضئيل، (فول سوداني)
Perceive	يدرك، يعي
Persisted	استمرت
Personality disorder	اضطراب الشخصية
Pediatric	طب الأطفال
Pervasivness	ميال إلى الانتشار
Pervasive developmental disorder (PDD)	اضطراب النمو السائد
Permissiveness	التسامح
Phobia	خوف مرضي (رهاب)
Pose	يتوضع، له وضعية خاصة، يتظاهر
Portable	قابل للحمل، أو للنقل
Potency	قوة، فعالية
Picks	يلتقط، يقطف
Poor academic performance	أداء مدرسي ضعيف
Pouts	يبوز (يزم شفتيه من الاستياء)
Proffer	يعرض على، عرض
Prematurity	الولادة قبل الأوان (الابتسار)
Premack Principle	مبدأ بريماك (وهو ملاحظة المعلم لسلوك التلميذ وليحدد نوع السلوك الذي يشغل إهتمام التلميذ ويأخذ معظم وقته، فيقوم بتقديم المادة العلمية مشترطاً عليه تنفيذها أولاً حتى يمارس النشاط الذي يهمه).
Proponent	المؤيد، النصير، مقدم الاقتراح
Preoccupy	يشغل البال قبل غيره
Prepuberal	قبل البلوغ
Promote	يحرض، يحث
Pretty much	كثيراً لحد ما
Prone	استهداف
Psychosis	ذهان (مرض عقلي)
Predisposition	عامل الاستعداد
Proclaimed	يعلن، ينادي
Psychoactive Medications	أدوية نفسية
Punishment	عقاب
Purported	معنى، فحوى الكلام

Q

Quack	يشعوذ، طبيب دجّال
Quackery	تدجيل، شعوذة
Quarrelsome	دائم الشجار، مولع بالعراك
Quell	يهدىء، يلطّف
Questionnaire	استبيان

R

Rancor	حقد، ضغينة
Rage	حنق، غيظ
Recall	الاستدعاء (للمعلومات)
Recognition	التعرّف
Redirection	التوجيه لنشاط بديل
Readily	بسرور، عن طيب خاطر
Rebellious	ثائر، متمرد، عاصٍ
Regressed	انتكص، إرتد
Relapse	انتكاس
Rebound	يرتد بعد اصطدامه بشيء
Renders	يذيب، إذابة
Relaxation	إسترخاء
Reckless	رعونة، طيش
Reinforcement	تعزيز، تدعيم
Remittance	حوالة
RH-Factor	العامل الريزيسي (دم)
Restraint	كبح، اعتقال، تقييد
Response-Cost	تكاليف الاستجابة
Restrictiveness	تشدد (اتجاه في التربية)

Rigorous صارم، حازم
Rote صم، استظهار دون فهم
Role playing لعب الدور
Restrictions تقييد، حصر
Reserve حذر، تحفّظ
Restless ضجر، متململ
Reeking تفوح منه رائحة
Resentful امتعاض، استياء
Retaught إعادة تعليم
Rubella Scarlatinosa الحمّى القرمزية

S

Scarce نادر، قليل، بصعوبة
Scale مقياس
Sandpaper ورق خشن، ورق زجاج
Scary مروع
Sassy = Saucy وقح، (أنيق)
Self concept مفهوم الذات
Self control الضبط الذاتي
Self - absorbed استغراق الذات
Self talking حديث الذات
Scolding توبيخ
Short attention span قصر مدى الانتباه
Shrieking صراخ، زعيق
Siblings الأقران (الأخوة والأخوات)
Sensorimotor حسي - حركي
Separation anxiety قلق الانفصال
Socially Careless لا يهتم بالمعايير الاجتماعية
Sensory problems مشكلات حسية
Slithering movement حركات انزلاقية
Sensory integration therapy العلاج الحسي التكاملي
Sorting تصنيف
Social age العمر الاجتماعي
Soothing تهدئة، تلطيف
Socialization التطبيع الاجتماعي
Somatization أعراض نفسية - جسمية
Sorcery سحر، شعوذة
Smart لامع، نشيط
Special education التربية الخاصة

Specific remediation علاج نوعي محدد
Special Learning تعليم خاص
Spank صفع
Specific disorder اضطراب نوعي محدد
Spiteful حقد، ضغينة
Squeeze يضغط، يقحم
Squirms يتلّوى
Stuttering تهتهة
Stress إجهاد تصفي
Strait Jacket سترة لتقييد جسم المجنون
Stitches غرزات (جمع غرزة في الجراحة)
Stroller عربة أطفال
Strapp رباط
Submissive يذعن، ينقاد
Standardized مقنن
Sucks يمص، يمتص
Sub-threshold تحت العتبة
Substitutive Learning تعلم بديل
Suicide إنتحار
Sulks تجهم، عبوس، استياء
Super-ego الأنا الأعلى
Subduing يخضع
Surreptiously بسرية، بزيف، خلسة
Symptoms أعراض
Symbolic رمزي
Syntax تركيب الجملة
Situational Hyperactivity فرط حركة موقفي
Systematic desensitization التخلص من الحساسية، التحصين المنظّم
Shaping of behavior تشكيل السلوك
Seperation anxiety قلق الانفصال
Second Wave الموجة الثانية من تطور العلاج السلوكي
Social disapproval استهجان اجتماعي
Spontaneous Recovery الاستعادة التلقائية
Stimulus change تغيّر المنبّه
Sugar Free diets غذاء خالٍ من السكر
Subtle لطيف، بارع، دقيق
Stimulus - Organism - Response المنبّه - الفرد - الاستجابة

Sneaky حقير، جبان، جدير بالازدراء
Subvert يدمر، يخرب
Squabbles شجار لأمور تافهة

T

Tardy متأخر، بطيء
Tasks مهام، مطالب
Tantrums نوبة حرد، غضب
Target behavior السلوك المستهدف
Testimonials اعتراف بالجميل، أدلة
Tapered تناقص تدريجي، يتوقف تدريجياً
Temper مزاج، طبع
Toddlers الأطفال الذين لا يتقنون عملية المشي من عمر سنتين
Tics خلجات عصبية (لازمات)
Tormenting تعذيب
Treatment علاج
Turtle strategy استراتيجية السلحفاة
Tiring متعب، مبتذل
Toe إصبع القدم
Toe walking المشي على رؤوس الأصابع
Time out إبعاد مؤقت (للطفل)
Token economy اقتصاد رمزي
Trichotillomania ...... نتف الشعر
Trashing كلام فارغ، قمامة، تافه
Toddle خطى قصيرة قلقة كخطى الأطفال
Twins توائم

U

Ulterior motive دافع خفي
Ubiquitous كلّي الوجود، وجود الشيء في كل مكان
Uncontrollable behavior سلوك غير قابل للسيطرة عليه
Uninformly منتظم، متّسق، مضطرد
Unintentionally غير مقصود، غير متعمد
Uncooperative غير متعاون
Unremitting متواصل، غير متقطع
Unnerved مثير للأعصاب

V

Vaginal yeast infection أنزيمات فرجية
Vagrant مشرّد
Variable interval schedule of reinforcement جدول تعزيز المدة الزمنية المتغيرة
Visual بصري
Vaginitis التهابات المهبل
Vaginismus تشنج المهبل
Violated انتهكت
Violence عنف
Vindictive حقود محب للانتقام
Voluntary إرادي، (اختياري)
Vulnerability قابل للعطب أو للإصابة

W

Wayward child عاصٍ، متمرد
Wane يتضاءل، يأخذ في الإنحسار
Warmth دفء (في العلاقة العلاجية)
Wax and Wane المد والجزر
Wan شاحب
Wax صقل
Wart ثؤلول
Word blindness عمه الكلمات
Word deafness صمم الكلمات
Worthwhile ذو شأن، جدير بالاهتمام
W.B.C. كريات الدم البيضاء
Weaning فطام
Will إرادة
Wish رغبة
Withdrawal انسحاب
Wriggle يتلوى في جلسته، يتملص

X

(X) Factor العامل المجهول (الاستعداد)
Xenophobia الخوف من الغرباء

Y

Yeast infection أنزيمات معدية

Z

Zygote البويضة الملقّحة (اللاقحة)

دولة الإمارات العربية المتحدة - أبو ظبي
مستشفى الطب النفسي
وحدة علم النفس السريري

استبيان للتعرف على المعززات التي يمكن استخدامها في عملية تعديل سلوك الطفل وعلاج مشكلته (للأسرة والمعلم)

إعداد الدكتور فيصل محمد خير الزراد
استشاري نفسي - سريري
ورئيس وحدة علم النفس السريري في مستشفى الطب النفسي

اسم الطفل:
العمر:
المدرسة:
المشكلة:
التاريخ:
العنوان:

التعليمات: يرجى التكرم بالإجابة عن الأسئلة التالية بدقة وموضوعية من أجل تعديل سلوك الطفل (   ) الذي يعاني من مشكلة (فرط الحركة ونقص الانتباه والاندفاع بالسلوك). شاكرين تعاونكم معنا.

١ - اذكر / اذكري خمسة أشياء يحب طفلك أن يشتريها أو أن يمتلكها:
١ -
٢ -
٣ -
٤ -
٥ -

٢ - اذكر / اذكري ثلاثة أنواع من الأطعمة التي يفضلها طفلك دائماً:
١ -
٢ -
٣ -

٣ - اذكر / اذكري أهم الهوايات التي يحبها طفلك:
١ -
٢ -
٣ -

٤ ـ اذكر / اذكري أهم الأعمال أو الأنشطة التي يرغب طفلك القيام بها
١ ـ
٢ ـ
٣ ـ

٥ ـ ما هي أحب الأشياء أو الأشخاص إلى طفلك؟
١ ـ
٢ ـ
٣ ـ

٦ ـ ما هي أكره الأشياء أو الأشخاص إلى طفلك؟
١ ـ
٢ ـ
٣ ـ
٤ ـ
٥ ـ

٧ ـ ما هي أحب ألفاظ التشجيع أو المديح إلى نفس طفلك والتي يرغب في سماعها؟
١ ـ
٢ ـ
٣ ـ
٤ ـ
٥ ـ

٨ ـ ما هي أكره ألفاظ الذم إلى نفس طفلك والتي تضايقه؟
١ ـ
٢ ـ
٣ ـ
٤ ـ
٥ ـ

٩ ـ اذكر / اذكري بعض الأمثلة حول الموضوعات التي يميل إليها طفلك، الهوايات، الأشياء، الأطعمة، المواقف الحياتية المحببة إليه:

ملحق رقم (١)

دليل المعلم (أو الأخصائي)
لتشخيص صعوبات التعلم النمائية والاكاديمية
لدى تلاميذ المرحلة الابتدائية

Teacher's guide for Diagnosis of developmental and academical Learning disabilites of primary school pupils

اعداد

الدكتور فيصل محمد خير الزراد

استشاري نفسي - سريري ورئيس وحدة علم النفس السريري

في مستشفى الطب النفسي - أبو ظبي

مجالات صعوبات التعلم:

أولاً- صعوبات التعلم النمائية:

أ- الصعوبات المتعلقة بالقدرة على الانتباه والتركيز والاستماع:

١ - الكسل والخمول كمظهرين لضعف الانتباه.
٢ - الإفراط في الحركة وعدم الالتزام بالهدوء كمظهر لضعف الانتباه.
٣ - سهولة التشتت والانتقال من نشاط إلى آخر (بشكل واضح أو مزعج).
٤ - عدم الانتباه لتسلسل الأشياء المعروضة (بشكل متلاحق).
٥ - صعوبة الاستمرار بسلوك الانتباه لمدة طويلة.
٦ - صعوبة الاستمرار في الانتباه لفترة مقبولة من الزمن (قصر مدة الانتباه).
٧ - صعوبة القدرة على التحمل أو الانتظار.
٨ - صعوبة الانتباه للمعلم أثناء الدرس.
٩ - الفشل في إنهاء المهام التي توكل للتلميذ.
١٠ - تثبيت الانتباه في أشياء لا علاقة لها بالدرس أو بالمهمة (شرود الانتباه).
١١ - الاستجابة السريعة دون فهم أو تفكير أو تركيز.
١٢ - عدم الانتباه لعدة أشياء تعرض في نفس الوقت (ضعف مدى الانتباه).
١٣ - صعوبة الانتقال من نشاط لآخر، أو من فكرة لأخرى والاحتفاظ بانتباه ثابت آلي.
١٤ - صعوبة الاستماع الجيد للموضوع، أو الدرس أو التوجيهات.
١٥ - ملاحظات أخرى يمكن إضافتها.

ب- الصعوبات المتعلقة بالقدرة على الإدراك الحسي (البصري، السمعي، الحركي):

١ - صعوبة الاحتفاظ بصور الأشياء المرئية (ضعف الذاكرة البصرية).
٢ - صعوبة الإدراك البصري للأماكن (صعوبة التوجه المكاني).
٣ - صعوبة الإدراك البصري للأشياء.
٤ - صعوبة الإدراك البصري لأبعاد المكان، أو الشكل، أو الأجسام...
٥ - صعوبة إدراك العمق والمسافات.

٦ ـ الصعوبة في إدراك الشكل الكلي (عناصر الشكل والعلاقات بينها).
٧ ـ الصعوبة في تمييز الشكل والأرضة (الخلفية).
٨ ـ صعوبة الإغلاق البصري للأشكال، أو الأجسام أو الرسومات . . . وذلك عندما ينقص جزء من الكل.
٩ ـ صعوبة إدراك الألوان (عتبات الألوان).
١٠ ـ صعوبة الاحتفاظ بالأصوات المسموعة (ضعف الذاكرة السمعية).
١١ ـ صعوبة فهم الكلمات المسموعة: (إدراك سمعي) صمم كلامي (Word deaf-ness).
١٢ ـ صعوبة فهم الكلمات المكتوبة (إدراك بصري).
١٣ ـ الصعوبة في التوافق البصري ـ الحركي.
١٤ ـ ضعف الذاكرة الحركية والقدرة على تمييز الأشياء التي نلمسها خلال الحركة.
١٥ ـ صعوبة استخدام الوسائل والأدوات والقيام بالمهارات الحركية الدقيقة مثل (القبض، اللمس، استخدام القلم والورقة والرسم، تقليب صفحات الكتاب، رمي الكرة . . .).
١٦ ـ صعوبة تقليد الحركات.
١٧ ـ عدم القدرة على التوازن الحركي ـ الجسمي.
١٨ ـ عدم القدرة على ضبط حركات الجسم.
١٩ ـ زيادة الحركة دون هدف.
٢٠ ـ السلوك الاندفاعي لدى التلميذ.
٢١ ـ صعوبات أخرى مثل صعوبة الإغلاق السمعي، والإغلاق الإدراكي.

جـ ـ الصعوبات المتعلقة بالذاكرة، والقدرة على الاحتفاظ بالمعلومات والاستدعاء:

١ ـ صعوبة الاحتفاظ بالمعلومات لفترة طويلة من الزمن (أيام أو أشهر) (ذاكرة طويلة الأمد).

ملاحظة:
يفضل في الإجابة عن الصعوبات النمائية والأكاديمية أن يشترك معلم اللغة العربية، ومعلم الحساب، ويمكن للأخصائي الاجتماعي وممن له معرفة مباشرة بالتلميذ أن يساهم في الإجابة.

٢ ـ صعوبة التعرف على الأشياء بسهولة .

٣ ـ صعوبة تذكر الأشياء التي شاهدها التلميذ بعد فترة قصيرة من الزمن (ذاكرة قصيرة الأمد) .

٤ ـ صعوبة استرجاع المعلومات أو تذكرها .

٥ ـ الصعوبة في تعلم أشياء جديدة والاحتفاظ بها .

٦ ـ الصعوبة في الاستفادة من الخبرة السابقة (التوجيهات مثلاً) في تعديل السلوك وتطويره .

٧ ـ صعوبة ربط المعلومات السابقة بالمعلومات أو الخبرات الجديدة .

٨ ـ الصعوبة في تذكر الاستجابة المناسبة .

٩ ـ صعوبات أخرى يمكن إضافتها .

د ـ الصعوبات المتعلقة باللغة (الشفهية) والكلام :

١ ـ الصعوبة في فهم ما يسمع من لغة الآخرين (دلالات الألفاظ وما ترمز إليه) .

٢ ـ عدم اكتمال النمو اللغوي والصعوبة في تركيب جملة ألفاظ ، أو عبارات . . . (ضعف المحصول اللغوي من أسماء ، أفعال ، صفات ، روابط) .

٣ ـ الصعوبة في المشاركة في الحديث ، والمناقشة ، وعدم انضباط الكلام ، أو الأفكار .

٤ ـ الصعوبة في التعبير عن الأفكار اللغوية .

٥ ـ الصعوبة في تغيير اللغة طبقاً للوضع المستخدمة فيه مثلاً (لغة الحديث مع تلميذ غير لغة الحديث مع المعلم) .

٦ ـ الصعوبة في القدرة على اختيار الألفاظ ذات المعنى المطلوب .

٧ ـ صعوبات أخرى يمكن إضافتها .

هـ ـ الصعوبات المتعلقة بالمعرفة والتفكير :

١ ـ صعوبة التفكير المنطقي ووضوح الأفكار (اضطراب مجرى التفكير وسياقه) .

٢ ـ الصعوبة في فهم المعلومات .

٣ ـ الصعوبة في معرفة أوجه التشابه والاختلاف .

٤ ـ الصعوبة في عملية المقارنة .

٥ ـ الصعوبة في عملية الاستدلال والاستنتاج .
٦ ـ الصعوبة في التفكير الناقد والإبداع والاكتشاف .
٧ ـ صعوبة تكوين المفاهيم عن الأشياء والأصوات والمواقف .
٨ ـ صعوبة الوعي بخصائص الشيء المألوفة .
٩ ـ الصعوبة في تحديد العوامل المشتركة بين مجموعة الأشياء (المتشابهة) .
١٠ ـ الصعوبة في إدراك وجود مشكلة .
١١ ـ الصعوبة في القدرة على التجريد .
١٢ ـ الصعوبة في عمليات التصوير (تصور تسلسل النماذج الحركية مثلاً) .
١٣ ـ الصعوبة في الانتقال من الأمور النظرية إلى الأمور العملية ، وبالعكس .
١٤ ـ الصعوبة في عملية التحليل العقلي .
١٥ ـ الصعوبة في عملية التقويم ، وإطلاق الأحكام .

ثانياً ـ الصعوبات الأكاديمية:

أ ـ الصعوبات المتعلقة بالقدرة على القراءة (Dyslexia) (خاص بمعلم اللغة العربية) :

١ ـ الصعوبة في فهم ما يقرأ ، أو في فهم الكلمات المسموعة .
٢ ـ الصعوبة في تمييز الكلمات .
٣ ـ الصعوبة في تتبع الكلمات جيداً أثناء القراءة .
٤ ـ الصعوبة في التحكم الصوتي أثناء القراءة .
٥ ـ وجود كلمات تربك التلميذ أثناء القراءة .
٦ ـ أخطاء الحذف (حذف بعض الكلمات أثناء القراءة) .
٧ ـ أخطاء التكرار (تكرار بعض الكلمات أثناء القراءة) .
٨ ـ أخطاء الإضافة (إضافة بعض الكلمات أثناء القراءة) .
٩ ـ قراءة سريعة وغير واضحة .
١٠ ـ قراءة بطيئة .
١١ ـ قراءة الكلمات بطريقة معكوسة .
١٢ ـ الصعوبة في القراءة الجهرية .

١٣ ـ الصعوبة في القراءة الصامتة (تحريك الشفاه، أو إخراج صوت خفيف، عدم تركيز البصر).

١٤ ـ فقدان موقع القراءة بسهولة.

١٥ ـ تحريك العين غير الطبيعي أثناء القراءة.

١٦ ـ خلط المفردات ذات الألفاظ أو الأشكال المتشابهة.

١٧ ـ صعوبات أخرى يكن إضافتها.

ب ـ الصعوبات المتعلقة بالقدرة على الكتابة (Dysgraphia):

(خاص بمعلم اللغة العربية):

١ ـ عدم القدرة على الكتابة بشكل واضح صحيح (الصعوبة في التعبير الكتابي).

٢ ـ الصعوبة في فهم ما يكتب.

٣ ـ الصعوبة في الكتابة بحروف متصلة.

٤ ـ الصعوبة في الكتابة بحروف منفصلة.

٥ ـ الأخطاء في الكتابة بشكل عام.

٦ ـ الصعوبة في مسك أدوات الكتابة ووضع الورقة بشكل صحيح.

٧ ـ الصعوبة في إنتاج أشكال الحروف الكبيرة.

٨ ـ الصعوبة في إنتاج أشكال الحروف الصغيرة.

٩ ـ صعوبة التحكم في السرعة المناسبة للكتابة.

١٠ ـ الصعوبة في ترك فراغات وتنظيمات مناسبة في الورقة.

١١ ـ الصعوبة في رسم الأشكال (تصويرها) مباشرة.

١٢ ـ الصعوبة في نسخ الأعداد الحسابية.

١٣ ـ اليد المفضلة في الكتابة (صعوبة الكتابة باليد اليمنى).

١٤ ـ صعوبات أخرى يمكن إضافتها.

١٥ ـ تصغير الحروف عن اللازم.

١٦ ـ تكبير الحروف عن اللازم.

١٧ ـ الصعوبة في عملية التعميم والتمييز.

١٨ ـ صعوبة ترتيب تسلسل الأحداث، أو الأشياء أو الكلمات.

ملحق رقم [٢]

استبيان تشخيص حالات فرط الحركة ونقص الانتباه والاندفاعية لدى الأطفال

(استبيان الأسرة والمدرسة)

Parent's and teacher's questionnaire for diagnosis of hyperactivity, attention deficit and impulsivity disorder in children

إعداد وتقنين

الدكتور فيصل محمد خير الزراد

استشاري ورئيس وحدة علم النفس السريري

عضو وحدة الطب النفسي للأطفال والمراهقين

مستشفى الطب النفسي - أبو ظبي

١ـ بيانات عامة (General Data)

1 - Patient's Name	١ ـ اسم المريض الثلاثي
2 - Age	٢ ـ العمر بالشهر والسنة
3 - Sex	٣ ـ الجنس
4 - Nationality	٤ ـ الجنسية
5 - School Name	٥ ـ اسم المدرسة ورقم الهاتف
6 - Academic Level	٦ ـ المستوى التعليمي
7 - File No.	٧ ـ رقم الملف الطبي
8 - Source of referal	٨ ـ جهة التحويل
9 - Reason of referal	٩ ـ سبب التحويل
10 - Contact address	١٠ ـ العنوان ورقم الهاتف
11- Date	١١ ـ التاريخ

٢ـ بيانات عن الاسرة (Family Background)

١ ـ عمر الأب :

٢ ـ عمل الأب :

٣ ـ أمراض الأب :

٤ ـ عمر الأم :

٥ ـ عمل الأم :

٦ ـ أمراض الأم :

٧ ـ المستوى التعليمي للأب :

٨ ـ المستوى ا لتعليمي للأم :

٩ ـ عدد الأخوة والأخوات وترتيب الطفل المريض بين أخوته:

١٠ ـ أمراض الأخوة :

١١ ـ الحالة الصحية للأجداد والأقارب :

١٢ ـ هل يعيش الوالدان معاً؟ (في حالة الإجابة بلا يرجى ذكر السبب؟)

١٣ ـ دخل الأسرة والوضع الإقتصادي والسكن: جيد عادي ضعيف

١٤ ـ هل يوجد تعدد زوجات في الأسرة؟ نعم لا

١٥ ـ اتجاه الوالدين في التنشئة الأسرية للطفل: (قسوة، دلال، رعاية زائدة، نبذ، إهمال، عادي)

١٦ ـ هل يعيش الطفل مع والديه، وأمه منذ ولادته (نعم، لا).

١٧ ـ هل يعتمد في رعاية الطفل وتقديم احتياجاته على الخادمة أو المربية؟

١٨ ـ هل توجد مشاكل أسرية (خلافات، طلاق، حرمان، إدمان، مشاكل نفسية، مشاكل اجتماعية)؟

☜ تتم كتابة هذه البيانات تحت إشراف الطبيب أو الاختصاصي النفسي

٢ ـ معلومات عن ظروف الحمل والولادة (Pregnancy and Delivary Data)

١ ـ صحة الأم عند الحمل والعلاجات السابقة (حصبة، جدري، سكر، ضغط، زهري، صرع، فقر دم، سل، ملاريا....)

٢ ـ ظروف الحمل بشكل عام: (حمل مرغوب به، حمل غير مرغوب به، حمل طبيعي، حوادث).

٣ ـ الإشراف الطبي أثناء فترة الحمل.

٤ ـ عمر الأم أثناء الحمل.

٥ ـ هل تمت الولادة داخل مؤسسة صحية وتحت إشراف طبي؟ نعم لا

٦ ـ الولادة: (طبيعية، قصيرية، عسرة، ولادة قبل الأوان....).

٧ ـ الحالة الصحية للطفل بعد الولادة: (الطول، الوزن، محيط الجمجمة، تشوهات خلقية).

٨ ـ إضافات من الأم:

٤ ـ النمو المبكر لدى الطفل (Early Personal Develpment)

١ ـ الرضاعة (عادية، اصطناعية، مختلطة، مدة الرضاعة....)

٢ ـ الفطام: (عادي، مبكر، متأخر، تدريجي، مفاجىء....)

٣ ـ التسنين: (متى ظهرت الأسنان؟ في وقت عادي، مبكر، متأخر....).

٤ ـ المشي: (متى بدأ الطفل المشي.......).

٥ ـ الكلام: (متى بدى الطفل الكلام؟ هل لديه مشكلة في النطق والتعبير؟....).

٦ ـ قدرة الطفل على التحكم بعملية الإخراج في الوقت المناسب (التبول والتبرز....).

٧ ـ تغذية الطفل: عادية، فقدان الشهية للطعام....

٨ ـ تحصين الطفل (النكاف، الدرن، شلل دفتريا، تيتانوس، حصبة....).

٩ ـ سلامة الحواس لدى الطفل....

١٠ ـ هل تشرف الأم على رعاية الطفل؟

١١ ـ هل تشرف الخادمة أو المربية على رعاية الطفل؟ (إشراف كلي، إشراف جزئي).

١٢ ـ هل تعرض الطفل لبعض الحوادث أو الإصابات؟.....

٥ ـ صحة الطفل (Child Health)

١ ـ الأمراض الحالية والعلاجات.....

٢ ـ اضطرابات النمو في الكلام ....

٣ ـ اضطرابات في الطعام.......

٤ ـ اضطرابات في النوم ....

٥ ـ اضطرابات في النطق ....

٦ ـ اضطرابات سلوكية ـ نفسية......

٧ ـ اضطرابات أخرى ....

١ ـ المستوى الأكاديمي والعقلي (Academic and Intellectual Level)

١ ـ مستوى التحصيل الدراسي العام (عادي، وسط، ضعيف، ضعيف جداً).

٢ ـ مستوى الطفل في القراءة والكتابة والحساب (عادي، وسط، ضعيف، ضعيف جداً).

٣ ـ القدرة على التواصل اللغوي ـ الاجتماعي.

٤ ـ التواصل الإجتماعي، اللعب والصداقات، المشاركة.

٥ ـ الإهتمامات والأنشطة (داخل المدرسة أو الصف).

٦ ـ القدرة العقلية العامة (IQ).

٧ ـ الرسوب.

٨ ـ مشكلات سلوكية داخل المدرسة (ضرب التلاميذ، كذب، سرقة، قضم أظافر، خوف، مص أصابع،.... غيره، عناد، لامبالاة، بكاء، إتلاف الأشياء، إنطواء، قلق وتوتر، هروب، إكتئاب، عدوان، سرعة إنفعال.......)

استبيان المعلم

الأخ المعلم / المعلمة... في إطار تشخيص حالة الطفل التلميذ (   ) الأكاديمية والسلوكية والعقلية يرجى الإجابة عن الأسئلة والاستفسارات بدقة وموضوعية، وذلك بوضع إشارة (/) في العمود تحت الإجابة المناسبة شاكرين تعاونكم معنا.

١ ـ أعراض ضعف الانتباه لدى الطفل (Inattention Symptoms):

م	بنود الاستبيان (The Items)	ليس دائماً (١)	قليلاً (٢)	كثير لحد ما (٣)	كثيراً (٤)
١	ضعف مدى الانتباه لدى الطفل.				
٢	يحتاج إلى جهد للإنتباه إلى تعليمات العلم.				
٣	يعاني من الذهول والحيرة أو الارتباك.				
٤	الفشل في إتمام المهام أو الأنشطة التي يبدأ بها.				
٥	انتقال الطفل من شيء لآخر أو من نشاط لآخر بشكل مزعج وغير هادف.				
٦	لا يصغي أو يستمع للآخرين وكأنه لا يسمع.				
٧	ليست لديه القدرة على متابعة التفاصيل أثناء عملية التعلم.				
٨	ليست لديه القدرة على الفهم والاستيعاب وادراك العلاقات، والتشابه والإختلاف بين الأشياء.				
٩	ليست لديه القدرة على التركيز والاستمرار بذلك لفترة من الوقت، وأعماله المدرسية مليئة بالأخطاء.				
١٠	يعاني من تخلف دراسي أو صعوبة في مجال التعلم (مبادىء القراءة والكتابة والحساب).				
١١	يعاني من الشرود وأحلام اليقظة.				
١٢	كثيراً ما ينشغل بذاته.				
١٣	تشتت انتباهه بسرعة بفعل المثيرات وبشكل عادي.				
١٤	ينسى الأشياء الهامة لإنهاء المهام.				
١٥	يفشل في تنظيم المهام وتنفيذها وينسى خطواتها.				

م	بنود الاستبيان	ليس دائماً (١)	قليلاً (٢)	كثير لحد ما (٣)	كثيراً (٤)
١٦	يفشل في متابعة التعليمات التي توجه إليه.				
١٧	يتجنب المهام التي تتطلب جهداً عقلياً وانتباهاً أو إدراكاً، وغير ذلك.				
١٨	التعرض للحوادث بسبب نقص الانتباه أحياناً.				
١٩	يفقد بعض الأشياء والأدوات المدرسية.				
٢٠	عدم الاهتمام أو اللامبالاة بعملية التعلم بشكل عام.				
٢١	التواصل اللغوي مع الطفل يكون ضعيفاً.				
٢٢	يتكلم في موضوع لا علاقة له بالموضوع المثار.				
٢٣	لا يستطيع العد حتى الرقم (٢٠).				
٢٤	يمسك القلم بصورة فجّة، وكتابته رديئة.				

- تتم الإجابة عن هذه الإستفسارات من قبل معلم التلميذ في المدرسة ويمكن أن يكون ذلك بمساعدة الأخصائي الاجتماعي في المدرسة. ويرجى التأكيد على الصفات السلوكية التي استمرت (أو تكررت) لمدة ستة أشهر وأكثر لدى الطفل.

٢ـ أعراض فرط الحركة (Hyperacivity Symptoms):

م	بنود الاستبيان	ليس دائماً (١)	قليلاً (٢)	كثير لحد ما (٣)	كثيراً (٤)
١	الخروج من الصف عدة مرات دون مبرر أو إذن.				
٢	سلوكات متكررة لدرجة الإزعاج وعدم الاستقرار داخل الصف.				
٣	عدم الراحة مع الإحساس بالملل والتلوّي أثناء الجلوس على المقعد.				
٤	يسبب صخباً وضوضاء داخل الصف.				
٥	يزعج الأطفال الآخرين في الصف، ولا ينسجم معهم.				
٦	غير متعاون مع معلميه أو المشرفين عليه.				
٧	لا يستجيب لتعليمات المعلم، متمرد أو خارج عن الطاعة.				
٨	يظهر سلوك العناد والمعارضة.				
٩	تظهر عليه أعراض اللامبالاة أو الإهمال.				
١٠	يمكن أن يدفع الآخرين في الصف أو يقوم بضربهم.				
١١	عدم ممارسة الأنشطة المدرسية.				
١٢	التواصل الاجتماعي مع الآخرين ضعيف.				
١٣	يتفهم الآخرين باستمرار.				
١٤	يتغيب عن المدرسة دون عذر.				
١٥	يخالف الأنظمة والمواعيد ويكره أن تقيّده النظم أو القواعد.				
١٦	يتجنب الأعذار ويرفض اتباع التعليمات.				
١٧	سلوكه لا يمكن توقعه (دائم الوقوف والجلوس).				
١٨	من السهل قيادته من الأطفال الآخرين.				
١٩	يتكلم كثيراً بشكل مختلف عن الأطفال الآخرين من العمر نفسه (كلام طفلي، تهته...).				
٢٠	يتخبط في مشيته ويجد صعوبة في تنسيق عضلات الجسم.				

٣- أعراض الإندفاعية (Impulsivity) :

م	بنود الاستبيان	ليس دائماً (١)	قليلاً (٢)	كثير لحد ما (٣)	كثيراً (٤)
١	لا يستطيع السيطرة على أفعاله، متقلب المزاج.				
٢	يجب أن تؤدى مطالبه في الحال.				
٣	إنفجار المزاج والقيام بسلوك غير متوقع.				
٤	حسّاس بشدة لعملية النقد.				
٥	يبكي كثيراً وبسهولة أو يصرخ.				
٦	صعوبة إرجاء رد الفعل أو الإستجابة.				
٧	يجيب عن السؤال قبل إتمامه.				
٨	محب للعراك ودائماً في حالة غضب واستياء.				
٩	يقحم نفسه في أمور لا مبرر لها.				
١٠	يقاطع الآخرين في الحديث.				
١١	غير قابل لإيقاف حركاته المتكررة.				
١٢	ينكر الأخطاء ولوم الآخرين له.				
١٣	مطيع باستياء وامتعاض.				
١٤	وقاحة مع قلة الحياء في أفعاله أحياناً.				
١٥	يضرب الآخرين بعنف.				
١٦	يركض ويقفز بسرعة دون مبرر.				

استبيان الأسرة (الآباء)

١ ـ أعراض ضعف الانتباه لدى الطفل (Inattention Symptoms):

م	بنود الاستبيان	ليس دائماً (١)	قليلاً (٢)	كثير لحد ما (٣)	كثيراً (٤)
١	ضعف القدرة على الانتباه والتركيز.				
٢	ضعف القدرة على إدراك التفاصيل والعلاقات.				
٣	يعاني من الشرود وأحلام اليقظة.				
٤	يفشل في إتمام المهام التي يبدؤها.				
٥	يعاني من الذهول والحيرة أو الإرتباك أحياناً.				
٦	ينتقل من نشاط لآخر دون مبرر.				
٧	يروي قصصاً غير حقيقية أو كاذبة.				
٨	لا يستمع أو يصغي إلى التعليمات التي تقدم إليه.				
٩	كثيراً ما ينشغل بذاته؛ بأصابعه، بملابسه، بشعره... الخ.				
١٠	من السهل قيادته من الغير.				
١١	يتشتت انتباهه بسرعة بسبب المثيرات وبشكل غير عادي.				
١٢	ينسى أشياء أو أدوات هامة.				
١٣	يتعرض إلى حوادث بسبب نقص الانتباه.				
١٤	يتجنب المهام الصعبة التي تتطلب جهداً عقلياً.				
١٥	يفشل في تنظيم المهام أو الأشياء في حياته.				

٢ـأعراض فرط الحركة (Hyperacivity Symptoms):

م	بنود الاستبيان	ليس دائماً (١)	قليلاً (٢)	كثير لحد ما (٣)	كثيراً (٤)
١	أعمال وسلوكيات كثيرة مزعجة وغير هادفة.				
٢	الجري والقفز والتسلق...				
٣	إتلاف الأشياء وبعثرتها...				
٤	القفز على الأثاث والأشياء.				
٥	الهروب من المنزل.				
٦	القيام بأعمال مرفوضة من الآخرين.				
٧	محب للعراك مع الآخرين.				
٨	يجلس خارج المنزل.				
٩	قاس على الحيوانات.				
١٠	لا ينسجم مع إخوته أو الآخرين.				
١١	لا يتمتع بعملية اللعب.				
١٢	سلوكه طفلي وغير ناضج.				
١٣	غير متعاون مع الآخرين.				
١٤	يعبث بعدة أشياء، وقد يركز على ذاته.				
١٥	يطلب عدة أشياء متتابعة.				
١٦	يمص أو يمضغ الإبهام، أو الملابس، أو البطانية...				
١٧	ينقل أشياء على كتفه من مكان لآخر.				
١٨	يقاوم النظم والقواعد ويخالف المواعيد.				
١٩	يقوم بسرقة الأشياء.				
٢٠	مطيع باستياء أو بامتعاض.				
٢١	قاس وتصرفاته وحشية.				
٢٢	متمرد وعنيد وغير مطيع.				
٢٣	من الصعب تكوين صداقات أو التواصل مع الآخرين.				
٢٤	ينكر الأخطاء ولوم الآخرين له.				
٢٥	كلامه غير واضح ويكون بشكل مختلف عن الأطفال الآخرين.				
٢٦	يمكن أن يقوم بسلوك مضاد للمجتمع مثل إشعال النار				
٢٧	يمكن أن يمارس الجنس مع الآخرين.				
٢٨	يتجنب الإعتذار.				

٣ـأعراض الإندفاعية (Impulsivity):

م	بنود الاستبيان	ليس دائماً (١)	قليلاً (٢)	كثير لحد ما (٣)	كثيراً (٤)
١	إفراط حركي إندفاعي لا يهدأ.				
٢	عناد ومعارضة.				
٣	لا يستطيع السيطرة على أفعاله (عبور الطرقات دون حذر.				
٤	يصعب عليه الانتظار.				
٥	يلامس أحياناً أشياء غير متوقعة.				
٦	سرعان ما تتجرح مشاعره.				
٧	يتغير مزاجه بسرعة وبشدة أو صرامة.				
٨	دائم الشجار ومولع بالعراك مع الآخرين.				
٩	يضجر بسرعة ويعاني من الملل.				
١٠	يتعرض بسرعة للإحباط في الجهود التي يقوم بها.				
١١	من السهل أن يصرخ، أو يبكي.				
١٢	غير قادر على إيقاف حركاته.				
١٣	نجده متجهماً، عبوساً، مستاءً.				
١٤	يمكن أن يفضح السر بسرعة وسهولة.				
١٥	يقحم نفسه في أمور لا علاقة له بها.				
١٦	ضرب الآخرين بعنف.				
١٧	إتلاف الأشياء.				
١٨	يجب أن تؤدى مطالبه في الحال.				

تقرير الاختصاصي النفسي السريري

- كل إجابة (ليس دائماً) تعطى درجة واحدة.
- كل إجابة (قليلاً) تعطى درجتان.
- كل إجابة (كثيراً لحد ما) تعطى ثلاث درجات.
- كل إجابة (كثيراً جداً) تعطى أربع درجات.

استبيان المعلم

- أعراض نقص الانتباه تتراوح الدرجة بين (٢٤ - ٩٦) درجة.
- أعراض فرط الحركة تتراوح الدرجة بين (٢٠ - ٨٠) درجة.
- أعراض الإندفاعية وتتراوح الدرجة بين (١٦ - ٦٤) درجة.

استبيان الأسرة

١ - أعراض نقص الانتباه وتتراوح الدرجة بين (١٥ - ٦٠) درجة.
٢ - أعراض فرط الحركة وتتراوح الدرجة بين (٢٨ - ١١٢) درجة.
٣ - أعراض الإندفاعية، تتراوح الدرجة بين (١٨ - ٧٢) درجة.

الدرجة الكلية وتتراوح بين (١٢١) - (٤٨٤) درجة

من أجل توحيد الدرجات في كافة الأبعاد؛ نقص الانتباه، فرط الحركة والاندفاعية، تحسب النسبة المئوية لهذه الدرجات في استبيان المعلم واستبيان الأسرة، وفي ضوء ذلك يتم ترتيب الأعراض الثلاثة، وتمثيلها تمثيلاً بيانياً وذلك للكشف عن العرض الأكثر سيطرة وبالتالي وضع التشخيص المبدئي للطفل على النحو التالي:

١ - الطفل يعاني من نقص الانتباه - فرط الحركة - الإندفاع بالسلوك.
٢ - الطفل يعاني من فرط حركة - نقص انتباه - اندفاع بالسلوك.
٣ - الطفل يعاني من فرط حركة - اندفاع بالسلوك - نقص انتباه... وهكذا.
٤ - الطفل يعاني من فرط حركة ونقص انتباه مع أعراض خفيفة.

ملحق رقم (٣)

صورة التقييم المدرسية
لمقياس اضطراب ضعف الانتباه
المصحوب بزيادة النشاط الحركي لدى الأطفال
إعداد
د. السيد علي سيد أحمد

مقياس انتباه الأطفال وتوافقهم
(صورة المدرسة)
إعداد
أ. د. عبد الرقيب أحمد البحيري
د. عفاف محمد محمود عجلان

سياسة العمل والنظم المتبعة في وحدة الطب
النفسي لعلاج الأطفال والمراهقين
إعداد
الدكتور فيصل محمد خير الزراد

صورة التقييم المدرسية
لمقياس اضطراب ضعف الانتباه المصحوب
بزيادة النشاط الحركي لدى الأطفال:

إعداد الدكتور السيد علي سيد أحمد

التعليمات:
يحتوي هذا المقياس على مجموعة من العبارات التي تصف سلوك الطفل في البيئة المدرسية والمرجو منك أن تقرأها جيداً وأن تحدد بدقة مدى انطباق كل منها على الطفل وذلك بوضع علامة (✔) أمام كل عبارة في الخانة التي ترى أنها الأكثر إنطباقاً عليه.
برجاء الإجابة عن جميع العبارات، ووضع علامة (✔) واحدة أمام كل عبارة.
شاكرين لكم حسن تعاونكم معنا

بيانات أولية عن الطفل:

المدرسة :

اسم التلميذ:

تاريخ الميلاد :

الفرقة الدراسية :

اسم المستجيب :

علاقته بالطفل :

تاريخ التقييم : / /

الدرجة	

م	ســـــلوك الطـفــل	تكرار حدوث السلوك			
		دائماً	أحياناً	نادراً	أبداً
١	مدة انتباه الطفل قصيرة بحيث لا يستطيع تركيز انتباهه على شيء محدد لمدة طويلة.				
٢	يتشتت انتباهه لأي شيء يحدث حوله حتى لو كان بسيطاً.				
٣	يجد صعوبة في عملية الإنصات.				
٤	يبدو عند الحديث إليه وكأنه لا يسمع.				
٥	لا يستطيع متابعة الحوار أو الحديث الذي يدور معه أو حوله.				
٦	يجد صعوبة في عملية الفهم وبخاصة للمعلومات الجديدة.				
٧	لا يستطيع فهم جميع المعلومات التي يسمعها.				
٨	يجد صعوبة في التعرف على شكل ومكونات الأشياء ولا يلاحظ التشابه والاختلاف بينها.				
٩	ينسى التعليمات ويحتاج إلى تذكيره بها.				
١٠	عندما يشترك مع زملائه في نشاط جماعي فإنه يحتاج إلى تذكيره بقواعد هذا النشاط.				
١١	ينسى في المنزل بعض الأشياء التي يحتاج إليها في المدرسة سواء كانت خاصة بالناحية التعليمية أو بالأنشطة.				
١٢	ينسى في المدرسة أو يفقد بعض أدواته وأغراضه التي أخذها معه في الصباح.				
١٣	يسى عمل الأشياء المعتادة التي يجب أن يقوم بها يومياً				
١٤	يخطيء في عمل الأشياء التي سبق أن تعلمها وينسى خطواتها أو ترتيبها.				
١٥	لا يستطيع الانتهاء من العمل الذي يقوم به بدون مساعدة الآخرين				
١٦	لا يستطيع الانتهاء من العمل الذي يقوم به في الزمن المحدد له مثل الإجابة عن الاختبارات.				

م	ســــلوك الطـفـــل	تكرار حدوث السلوك			
		دائماً	أحياناً	نادراً	ابداً
١٧	يتردد عند اتخاذ أي قرار حتى لو كان بسيطاً وبخاصة في الأمور التي يكون فيها اختيار.				
١٨	أعماله الصفية وواجباته المنزلية غير كاملة.				
١٩	أعماله الدراسية مليئة بالأخطاء.				
٢٠	أعماله الدراسية مليئة بالمحو والشطب وكتبه ودفاتره غير نظيفة.				
٢١	كتابته رديئة وغير منظمة.				
٢٢	يقفز في الكتابة تاركاً بعض السطور أو الجمل بدون كتابة.				
٢٣	يخطىء في الكتابة حتى لو كان ينقل من كتاب أمامه.				
٢٤	يخطىء في القراءة حيث يحذف أو يضيف بعض الحروف أو الكلمات.				
٢٥	يقفز في القراءة تاركاً بعض السطور أو الجمل بدون قراءة.				
٢٦	يشرد ذهنه أثناء شرح المعلم للدرس.				
٢٧	يحول الكلام الذي يسمعه إلى صيغة سؤال، أو يردد بعض مقاطعه.				
٢٨	لا يستطيع نقل الرسائل الشفهية من وإلى الآخرين.				
٢٩	عندما يتحدث عن شيء أو واقعة فإن حديثه يكون ناقصاً وغير مترابط وينسى الأسماء أو وصف الأشياء أو تسلسل الأحداث.				
٣٠	يبتعد عن المشاركة في الأعمال التي تحتاج إلى تفكير.				
٣١	يستغرق وقتاً طويلاً قبل الإجابة عن أي سؤال في الاختبارات.				
٣٢	يتأخر عن زملائه في دخول حجرة الدراسة سواء كان ذلك بعد الطابور أو حصص النشاط.				
٣٣	يستغرق وقتاً طويلاً في إخراج كتبه وأدواته المدرسية من حقيبته.				

م	ســلوك الطفـل	دائماً	أحياناً	نادراً	أبداً
		تكرار حدوث السلوك			
٣٤	عندما تكون هناك مناقشة في الحصة فإنه يحاول الخروج من الفصل بحيل شتى.				
٣٥	كثير الحركة لا يهدأ أو يستقر في مكانه.				
٣٦	يتململ في جلسته ويتلوى بيديه ورجليه.				
٣٧	يترك مكانه بدون إذن.				
٣٨	يظل يمشي ذهاباً وإياباً في المكان الذي يوجد فيه بدون سبب أو هدف واضح.				
٣٩	يحدث صخباً وضوضاء مزعجة في المكان الذي يوجد فيه.				
٤٠	لا يستطيع العمل بهدوء، ويزعج الآخرين عندما يعملون.				
٤١	يتحدث بكثرة.				
٤٢	يتحدث أثناء حديث الآخرين.				
٤٣	يتحدث في الأوقات التي تحتاج إلى هدوء.				
٤٤	يعتدي بالضرب وبالسلوكيات غير المقبولة على الأطفال الذين يجلسون معه، أو الذين يمرون بجواره.				
٤٥	يتدخل في أنشطة زملائه على غير رغبة منهم.				
٤٦	يعبث بالأشياء التي تقع في متناول يده.				
٤٧	يخطف لعب وأشياء زملائه.				
٤٨	يجري ويرقص ويقفز أثناء تنقله من مكان إلى آخر.				
٤٩	يتسلق الأشياء العمودية في المكان الذي يوجد فيه مثل الأعمدة والأشجار.				
٥٠	يجعل المكان الذي يوجد فيه مبعثراً وغير منظم.				
٥١	أعماله تخلو من النظام والترتيب.				
٥٢	بعد انتهائه ن العمل أو ممارسة النشاط لا يضع الأدوات التي استخدمها في مكانها الصحيح.				

م	ســلوك الطفـل	تكرار حدوث السلوك			
		دائماً	أحياناً	نادراً	أبداً
٥٣	تصعب السيطرة على سلوكه خارج حجرة الدراسة.				
٥٤	يبدأ العمل قبل أن يتلقى التعليمات.				
٥٥	يجيب عن الأسئلة قبل استكمالها.				
٥٦	متسرع في استجابته ويتفاعل مع الأمور فوراً بدون تفكير.				
٥٧	عجول لا يستطيع الانتظار في دوره في الألعاب أو المواقف الاجتماعية.				
٥٨	يحب أن تجاب مطالبه في الحال ويستخدم لتحقيق ذلك حيلاً شتى مثل البكاء الشديد والصراخ العالي.				
٥٩	ضيق الصدر شديد الانفعال ولا يستطيع التحكم بسلوكه الاندفاعي.				
٦٠	متقلب المزاج وانفعالاته غير ثابتة فقد يكون هادئاً وفجأة يثور ويغضب.				
٦١	شديد الطمع ويريد أن يكون نصيبه في كل شيء أكبر من نصيب زملائه.				
٦٢	عندما يكون المعلم مشغولاً في عمل أو حديث مع الآخرين فإنه يقاطعه.				
٦٣	عنيد، يرفض اتباع التعليمات، وقد يعمل العكس.				
٦٤	يقوم بسلوكيات تعرض حياته للخطر مثل القفز من أماكن مرتفعة أو الجري في شارع مزدحم بالسيارات دون أن ينظر إلى الطريق.				

مقياس انتباه الأطفال وتوافقهم
(صورة المدرسة)
Children's Attention and Adjustment Survey
(School Form)

إعداد الدكتور السيد علي سيد أحمد   د. عفاف محمد محمود عجلان

التعليمات:
من فضلك، وضّح إلى أي حد تعد كل من العبارات التالية مميزة للطالب المذكور اسمه أدناه. ضع علامة (X) في المكان المناسب مقابل كل عبارة

بيانات عن الطفل

اسم الطفل :

التاريخ :

المدرسة :

الصف :

اسم القائم بالتقدير :

علاقته بالطفل :

م	ســلوك الطفــل	إلى أي مدى تعد العبارة مميزة للطالب			
		اطلاقاً	قليلاً	إلى حد ما	كثيراً
١	غير قادر على الجلوس هادئاً، يتململ.				
٢	يتحدث كثيراً (ثرثار).				
٣	يحطم اللعب والأشياء والأثاث.				
٤	يصطدم بالأشياء.				
٥	متهور.				
٦	لا يستمر طويلاً في الألعاب التي يمارسها.				
٧	لا يتحمل تأجيل إشباع رغباته.				
٨	لا يكمل المهام التي يقوم بها.				
٩	يتوافق ببطء مع التغيرات التي تطرأ على البيئة.				
١٠	غير منتبه، يسهل تشتت انتباهه.				
١١	يبدي العاطفة بشكل متقلب.				
١٢	يرغب في أن يكون مركز الاهتمام بصفة مستمرة.				
١٣	لا يتقبل تصحيح سلوكه.				
١٤	يغيظ الأطفال الآخرين أو يتدخل في أنشطتهم.				
١٥	لا يستجيب للتهذيب.				
١٦	يتحدى الآخرين.				
١٧	لا يتبع التوجيهات.				
١٨	يكذب.				
١٩	سلوكه عدواني بطريقة غير عادية.				
٢٠	يعبث أثناء جلوسه بأشياء صغيرة.				
٢١	يهمهم ويصدر أصواتاً أخرى غريبة.				
٢٢	سهل الاستثارة.				
٢٣	يميل للشجار.				

الأبعاد / المعايير	N	I	ADD	H	ADHD	CD	DSM III - R (ADHD)
الدرجات الخام							
الدرجات المعيارية							
المئينيات							

للإطلاع

سياسة العمل والنظم المتبعة في وحدة الطب النفسي لعلاج الأطفال والمراهقين:

إعداد الدكتور فيصل محمد خير الزراد

تعتبر هذه الوحدة من الوحدات الهامة على مستوى الرعاية الصحية ومشافي دولة الإمارات العربية المتحدة، وتعمل هذه الوحدة بشكل متصل ومنفصل مع مؤسسات الدولة التي تهتم بالصحة العامة ورعاية الأطفال والمراهقين، مثل: الصحة المدرسية، وأقسام طب الأطفال في المشافي، ووزارة التربية والتعليم (المنطقة التعليمية، ووزارة العمل والشؤون الاجتماعية وغير ذلك من مؤسسات.

وتشتمل الوحدة على عشر أسرة، كما تشمل على مركز نهاري للعلاج، ويتوفر داخل الوحدة فريق عمل طبي متكامل، والامكانات اللازمة للتشخيص والعلاج، مع برامج عملية مرنة، ويجرى للمريض تقييم دوري، والعلاج اللازم، ومرضى الداخلي يقيمون في الوحدة لفترات قصيرة وذلك حسب متطلبات حالتهم، ويمكن السماح لأمهات الأطفال بالتواجد معهم، وهذا ما يقرره الفريق الطبي، ويقبل في الوحدة الأطفال من تلاميذ المدارس الذين تتراوح أعمارهم بين (٦ ـ ١٥) سنة، وكذلك الأطفال من خارج المدارس الذين تتراوح أعمارهم بين (٦ ـ ١٢) سنة، وتهتم الوحدة بالحالات الطارئة، والحالات التي يصعب على الأسرة مساعدتها، ويتواجد الأطفال داخل مركز العلاج النهاري مع أسرهم حيث يتلقون مختلف أشكال العلاج والرعاية ثم يذهبون إلى منازلهم. وفي الحالات التي لا تساعد الأسرة على توفير الظروف المناسبة للطفل فإن الطفل يقبل في الوحدة مع تعهد يكتب من قبل رئيس الفريق الطبي، ويمكن التعاون مع

الاختصاصيين الاجتماعيين في المدارس أو المؤسسات الأخرى لحضور جلسات الإرشاد مع الأطفال المرضى وأسرهم.

بعد عملية التقييم والعلاج يكتب التقرير النفسي بواسطة رئيس الفريق

الحالات التي تقبل داخل الوحدة:

١ - حالات فرط الحركة ونقص الانتباه.
٢ - حالات اضطراب السلوك.
٣ - حالات انحراف الأحداث.
٤ - حالات الرفض من المدرسة ومشكلات التوافق المدرسي.
٥ - حالات القلق، الخوف الاجتماعي، الإنطواء....
٦ - حالات الإكتئاب.
٧ - حالات إيذاء الذات.
٨ - حالات الإنحرافات السلوكية: إدمان، شذوذ جنسي، عدوان، سرقة....
٩ - حالات التوحد (إذا توفرت الامكانات).
١٠ - اضطراب الشهية للطعام.
١١ - اضطرابات النوم والأرق.
١٢ - التبول اللاإرادي.
١٣ - التخلف الدراسي وصعوبات التعلم وبطء التعلم.
١٤ - حالات تأخر النطق والكلام.
١٥ - الوساوس.
١٦ - الحالات السيكوسوماتية.

تستبعد الحالات التالية

١ ـ حالات التخلف العقلي .
٢ ـ حالات الصرع .
٣ ـ حالات الإعاقة الحسية والحركية .
٤ ـ حالات الاضطرابات العضوية .
٥ ـ الحالات التي لا تلتزم أسرتها بالبرنامج ، ولا تتعاون مع الفريق الطبي .
٦ ـ حالات الغياب عن الوحدة بدون عذر .

الفريق الطبي

١ ـ استشاري في الطب النفسي .
٢ ـ اختصاصي في الطب النفسي .
٣ ـ اختصاصي في الطب الباطني .
٤ ـ اختصاصي في علم النفس السريري .
٥ ـ اختصاصي اجتماعي .
٦ ـ اختصاصي علاج بالعمل .
٧ ـ اختصاصي في علاج النطق والكلام .
٨ ـ التمريض .

ويتم إجراء تقييم قبلي لحالة الطفل ، وكذلك تقييم بعدي لحالته (بعد العلاج) مع المتابعة لمدة (٣ ـ ٦ ـ ٩ ـ ١٢) شهراً حسب ما يقرره الفريق الطبي وحاجة الطفل وتحفظ التقارير داخل الملفات بشكل سري .

ملحق رقم [٤]

معايير تشخيص حالات فرط الحركة
ونقص الانتباه لدى الأطفال
كما وردت في DSM-IV
وكذلك في ICD-10 لأطباء البورد العربي
والاختصاصيين في الطب النفسي
وعلم النفس والتربية الخاصة

Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

Fourth Edition

DSM-IV ™

تم نشره بموافقة الجمعية الأمريكية للطب النفسي (المؤلف)

American Psychiatric Association

Attention-Deficit and Disruptive Behavior Disorders

Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder

Diagnostic Features

The essential feature of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder is a persistent pattern of inattention and/or hyperactivity-impulsivity that is more frequent and severe then is typically observed in individuals at a comparable level of development (Griterion A). Some hyperactive-impulsive or inattentive symptoms that cause impairment must have been present before age 7 years, although many individuals are diagnosed after the symptoms have been present for a number of years (Griterion B). Some impairment from the symptoms must be present in at least two setting (e.g., at home and at school or work) (Griterion C). There must be clear evidence of interference with developmentally appropriate social, academic, or occupational functioning (Criterion D). The disturbance dose not occur exclusively during the course of a Pervasive Developmental Disorder, Schizophrenia, or other Psychotic Disorder and is not better accounted for by another mental disorder (e.g., a Mood Disorder, Anxiety Disorder, Dissociative Disorder, or Personality Disorder) (Criterion E).

Inattention may be manifest in academic, occupational, or social situations. Individuals with this disorder may fail to give close attention to details or may make careless mistakes in schoolwook or other tasks (Criterion Ala). Work is often messy and performed carelessly and without considered thought. Individuals often have difficulty sustaining attention in tasks or play activities and find it hard to persist with tasks until completion (Criterion Alb). They often appear as if their mind is elsewhere or as if they are not listining or did not hear what has just been said (Criterion Alc). There may be frequent shifts from one uncompleted activity to another. Individuals diagnosed with this disorder may begin a task, move on to another, then turn to yet something else, prior to completing any one task. They often do not follow through on requests or instructions and fail to complete schoolwork, chores, or other duties (Criterion Ald). Failure to complete tasks should be considered in making this cliagnosis only if it is due to inattention as opposed to other possible reasons (e.g., a failure to understand instruction). These individuals often have difficulties organizing thasks and activities (Criterion Ale). Tasks that require sustained mental effort are experienced as unpleasant and markedly aversive. As a result, these individuals typically avoid or have a strong dislike for activities that demand sustained self-application and mental effort or that require organizational demands or close concentration (e.g., homework or paperwork) (Griterion Alf). This avoidance must be due to the person's difficulties with attention and due to a primary oppositional attitude, although secondary oppositionalism may also occur. Work habits are often disorganized and the materials necessary for doing the task are often scattered, lost, or carelessly

handled and damaged (Criterion Alg). Individuals with this disorder are easily distracted by irrelevant stimuli and frequently interrupt ongoing tasks to attend to trivial noises or events that are usually and easily ignored by others (e.g., a car honking, a background conversation) (Criterion Alh). They are often forgetful in daily activities (e.g., missing appointments, forgetting to bring lunch) (Critertion Ali). In social situations, inattention may be expressed as frequent shifts in conversation, not listening to others, not keeping one's mind on conversations, and not following details or rules of games or activities.

Hyperactivity may be manifested by fidgetiness in one's seat (Criterion A2a), by not remaining seated when expected to do so (Criterion A2b), by excessive runing or climbing in situations where it is inappropriate (Criterion A2c), by having difficulty playing or engaging quietly in leisure activities (Criterion A2b), by appearing to be often "on the go" or as if "driven by a motor" (Criterion A2e), or by talking excessively (Criterion A2f). Hyperactivity may vary with the individual's age and developmental level, and the diagnosis should be made cautiously in young children. Toddlers and preschoolers with this disorder differ from normally active young children by being constantly on the go and into everything; they dart back and forth, are "out of the door before their coat is on," jump or climb on furniture, run through the house, and have difficulty participating in sedentary groub activities in preschool classes (e.g., listening to a story). School-age children display similar behaviors but usually with less frequency or intensity than toddlers and preschoolers. They have difficulty remaining seated, get up frequently, and squirm in, or hang on to the edge of, their seat. They fidget with objects, tap their hands, and shake their feet of legs excessively. They often get up from the table during meals, while watching television, or while doing homework; they talk excessively; and they make excessive noise during quiet activities. In adolescents and adults, symptoms of hyperactivity thake the form of feeling of restlessness and difficulty engaging in quiet sedentary activities.

Impulsivity manifests itself as impatience, difficulty in delaying responses, blurting out answers before questions have been completed (Criterion A2g), difficulty awaiting one's turn (Criterion A2a), and frequently interrupting or intruding on others to the point of causing difficulties in social, academic, or occupational settings (Criterion A2i). Others may complain that they cannot get a word in edgewise. Individuals with this disorder typically make comments out of turn, fail to listen to directions, initiate conversations at inappropriate tims, interrupt others excessivey, intrude on others, grab objects from others, touch things they are not supposed to touch, and down around. Inpulsivity may lead to accidents (e.g., knocking over objects, banging into people, grabbing a hot pan and to engagement in potentially dangerous activities without consideration of possible consequences (e.g., riding a skateboard over extremely rough terrain).

Behavioral manifestations usually appear in multiple contexts, including

home, school work, and soscial situations. To make the diagnosis, some impairment must be present in at least two setting (Criterion C). It is very unusual for and individual to display the same level of dysfunction in all setting or within the same setting at all times. Symptoms typically worsen in situations that require sustained attention or mental effort or that lack intrinsic appeal or novelty (e.g., listening to classroom teachers, doing class assignments, listening to or reading lengthy materials, or working on monotonous, repetitive tasks). Signs of the disorder may be minimal or absent when the person is under very strict control, is in a novel setting, is engaged in especially interesting activities, is in a one-to-one situation (e.g., the elinician's office), or while the person experiences frequent rewards for appropriate behavior. The symptoms are more likely to occur in group situations (e.g., in playgroups, classrooms, or work environments). The clinician should therefore inquire about the individual's behavior in a variety of situations within each setting.

Subtypes

Although most individuals have symptoms of both inattention and hyperactivity-impulsivity, there are some individuals in whom one or the other pattern is predominant. The appropriate subtype (for a current diagnosis) should be indicated based on the predominant symptom pattern for the past 6 months.

314.01 Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder, Combined Type. This subtype should be used if six (or more) symptoms of inattention and six (or more) symptoms of hyperactivity-impulsivity have persisted for at least 6 months. Most children and adolescents with the disorder have the Combined Type. It is not known whether the same is true of adults with the disorder.

314.00 Attention Deficit/Hyperactivity Disorder, Predominantly Inattentive Type. This subtype should be used if six (or more) symptoms of inattention (but fewer than six symptoms of hyperactivity-impulsivity) have persisted for at least 6 monthe.

314.01 Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder, Predominantly Hyperactive-Impulsive Type. This subtype should be used if six (or more) symptoms of hyperactivity-impulsivity (but fewer than six symptoms of inattention) have persisted for at least 6 months. Inattention may often still be a significant clinical feature in such cases.

Recording Procedures

Individuals who at an earlier stage of the disorder had the Predominantly Inattentive Type or the Predominantly Hyperactive-Impulsive Type may go on to develop the Combined Type and vice versa. The appropriate subtype (for a current diagnosis) should be indicated based on the predominant symptom pattern for the

past 6 monthe. If clinically significant symptoms remain but criteria are no longer met for any of the subtype, the appropriat diagnosis is Attention-Deficit/ Hyperactivity Disorder, In Partial Remission. When an individual's symptoms do not currently meet full criteria for the disorder and it is unclear whether criteria for the disorder have previously been met, Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Not Otherwise Specified should be diagnosed.

Associated Features and Disorders

Associated descriptive features and mental disorder. Associated features vary depending on age and developmental stage and may incude low frustration tolerance, temper outbursts, bossiness, stubbornness, excessive and frequent insistence that requests be met mood lability, demoralization, dysphoria, rejection by peers, and poor self-esteem. Academic achievement is often impaired and devalued, typically leading to conflict with the family and school authorities. Inadequate self-application to tasks that require sustained effort is often interpreted by others as indicating laziness, a poor sense of responsibility, and oppositional behavior. Family relationships are often characterized by resentment and antagonism, especially because variability in the indivdual's symptomatic status often leads parents to believe that all the troublesome behavior is willful. Individuals with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder may obtain less schooling than their peers and have poorer vocational achievement. Intellectual development, as assessed by individual IQ tests, appears to be somewhat lower in children with this disorder. In its severe form, the disorder is very impairing, affecting social, familial, and scholastic adjustment. A substantial proportion of children referred to clinics with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder also have Oppositional Defiand Disorder or Conduct Disorder. There may be a higher prevalence of Mood Disorder, Anxiety Disorders, Learning Disorders, and Communication Disorders in children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. This disorder is not infrequent among individuals with Tourette's Disorder; when the two disorders coexist, the onset of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder often precedes the onset of the Tourette's Disorder. There may be a history of child abuse or neglect, multiple foster placements, neurotoxin exposure (e.g., lead poisoning), infections (e.g., encephalitis), drug exposure in utero, low birth weight, and Mental Retardation.

Associated laboratory findings.

There are no laboratory tests that have been established as diagnostic in the clinical assessment of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. Tests that require effortful mental processing have been noted to be abnormal in groups of individuals with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder compared with control subjects, but it is not yet entirely clear what fundamental cognitive deficit is responsible for this.

Associated physical examination findings and general medical conditions.

There are no specific physical features associated with Attention-Deficit/ Hyperactivity Disorder, although minor physical anomalies (e.g., hypertelorism, highly arched palate, low-set ears) may occur at a higher rate than in the general population. There may also be a higher rate of physical injury.

Specific Culture, Age, and Gender Features

Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder is known to occur in various cultures, with variations in reported prevalence among Western countries probably arising more from different diagnostic practices than from differences in clinical presentation.

It is especially difficult to establish this diagnosis in children younger than age 4 or 5 years, because their characteristic behavior is much more variable than that of older children and may include features that are similar to symptmos of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. Furthermore, symptoms of inattention in toddlers of preschool children are often not readily observed because young children typically experience few demands for sustained attention. However, even the attention of toddlers can be held in a variety of situations (e.g., the average 2- or 3-year-old child can typically sit with an adult looking thrpugh picture books). In contrast, young children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder move excessively and typically are difficult to contain. Inquiring about a wide variety of behaviors in a young child may be helpfut in ensuring that a full clinical picture has been obtained. As children mature, symptoms usually become less conspicuous. By late childhood and early adolescence, signs of excessive gross motor activity (e.g., excessive running and climbing, not remaining seated) are less common, and hyperactivity symptoms may be confined to fidgetiness or and inner feeling of jitteriness or restlessness. In school-age children, symptoms of inattention affect classroom work and academic performance. Impulsive symptoms may also lead to the breaking of familial, interpersonal, and educational rules, especially in adolescence. In adulthood, restlessness may lead to difficulty in participating in sedentary activities and to avoiding pastimes of occupations that provide limited opportunity for sponstaneous movement (e.g., desk jobs).

The disorder is much more frequent in males than in females, with male-to-female ratios ranging from 4:1 to 9:1, depending on the setting (i.e., general population or clinics).

Prevalence

The prevalence of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder is estimated at 3%-5% in school-age children. Data on prevalence in adolescence and adulthood are limited.

Course

Most parents first observe excessive motor activity when the children are toddlers, frequently coinciding with the development of independent locomotion. However, because many overactive toddlers will not go on th deveop Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder, caution should be exercised in making this diagnosis in early years. Usually, the disorder is first diagnosed during elementary school years, when school adjustment is compromised. In the majority of cases seen in clinical settings, the disorder is relatively stable through early adolescence. In most individuals, symptoms attenuate during late adolescence and adulthood, although a minority experience the full complement of symptoms of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder into midadulthood. Other adults may retain only some of the symptoms, in which case the diagnosis of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder, In Partial Remission, should be used. This diagnosis applies to individuals who no longer have the full disorder but still retain some symptoms that cause functional impairment.

Familial Pattern

Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder has been found to be more common in the first-degree biological relatives of children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. Studies also suggest that there is a higher prevalence of Mood and Anxiety Disorders, Learning Disorders, Substance-Related Disorders, and Antisocial Personality Disorder in family members of indivduals with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder.

Differential Diagnosis

In early childhood, it may be difficult to distinguish symptoms of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder from **age-appropriate behaviors in active children** (e.g., running around or being nosiy).

Symptoms of inattention are common among children with low IQ who are placed in academic settings that are inappropriate to their intellectual ability. These behaviors must be distinguished from similar signs in children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. In children with **Mental Retardation,** an additional diagnosis of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder should be made only if the symptoms of inattention or hyperactivity are excessive for the child's mental age. Inattention n the classroom may also occur when children with high intelligence are placed in academically **understimulating environments.** Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder must also be distinguished from difficulty in goal-directed behovior in children from inadequate, disorganized, or chaotic environments. Reports from multiple informants (e.g., babysitters,

grandparents, or parents of playmates) are helpful in providing a confluence of observations concerning the child's inattention, hyperactivity, and capacity for developmentally appropriate self-regulation in various settings.

Individuals with **oppositional behavior** may resist work or school tasks that require self-application because of an unwillingness to conform to others' demands. Thes symptoms must be differentiated from the avoidance of school tasks seen in individuals with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. Complicating the differential diagnosis is the fact that some individuals with Attention-Deficit/ Hyperactivity Disorder develop secondary oppositional attitudes towrd such tasks and devalue their importance, often as a rationalization for their failure.

Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder is not diagnosed if the symptoms are better accounted for by **another mental disorder** (e.g., Mood Disorder, Anxiety Disorder, Dissociative Disorder, Personality Disorder, Personaity Change Due to a General Medical Condition, or a Substance-Related Disorder). In all these disorders, the symptoms of inattention typically have an onset after age 7 years, and the childhood history of school adjustment generally is not characterized by disruptive behavior or teacher complaints concerning inattentive, hyperactive, or inpulsive behavior. When a Mood Disorder or Anxiety Disorder co-occurs with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder, each should be diagnosed. Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder is not diagnosed if the symptoms of inattention and hyperactivity occur exclusively during the course of a **Pervasive Developmental Disorder** or a **Psychotic Disorder.** Symptoms of inattention, hyperactivity, or impulsivity related to the use of medication (e.g., bronchodilators, isonizid akathisia from neuroleptics) in chidren before age 7 years are not diagnosed as Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder but instead are diagnosed as **Other Substance-Related Disorder Not Otherwise Specified.**

Diagnostic criteria for Attention-Deficit/ Hyperactivity Disorder

A. Either (1) or (2):

(1) six (or more) of the following symptoms of **inattention** have persisted for at least 6 months to a degree that is maladaptive and inconsistent with developmental level:

Inattention

(a) often fails to give close attention to details or makes careless mistakes in schoolwork, work, or other activities

(b) often has difficulty sustaining attention in tasks or play activities.

(continued)

☐ Diagnostic criteria for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder *(continued)*

(c) often does not seem to listen when spoken to directly
(d) often does not follow through on instructions and fails to finish schoolwork, chores, or duties in the workplace (not due to oppositional behavior or failure to understand instructions)
(e) often has difficulty organizing tasks and activities
(f) often avoids, dislikes, or is reluctant to engage in tasks that require sustained mental effort (such as schoolwork or homework)
(g) often loses things necessary for tasks or activities (e.g., toys, school assignments, pencils, books, or tools)
(h) is often easily distracted by extraneous stimuli
(i) is often forgetful in daily activities.

(2) six (or more) of the following symptoms of **hyperactivity-impulsivity** have persisted for at least 6 months to a degree that is maladaptive and inconsistent with developmental level:

Hyperactivity

(a) often fidgets with hands of feet or squirms in seat
(b) often leaves seat in classroom or in other situations in which remaining seated is expected.
(c) often runs about or climbs excessively in situations in which it is inappropriate (in adolescents or adults, may be limited to subjective feelings of restlessness)
(d) often has difficulty playing or engaging in leisure activities quietly
(e) is often "on the go" or often acts as if "driven by a motor"
(f) often talks excessively

Impulsivity

(g) often blurts out answers before questions have been completed
(h) often has difficulty awaiting turn
(i) often interrupts or intrudes on others (e.g., butts into conversations or games)

B. Some hayperactive-impulsive or inattentive symptoms that caused impairment were present before age 7 years.
C. Some inpairment from the symptoms is present in two or more settings (e.g., at school, or work, and at home).
D. There must be clear evidence of clinically significant impairment in social, academic, or occupational functioning.

(continued)

☐

Diagnostic criteria for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder *(continued)*

E. The symptoms d not occur exclusively during the course of a Pervasive Developmental Disorder, Schizophrenia, or other Psychotic Disorder and are not better accounted for by another mental disorder (e.g., Mood Disorder, Anxiety Disorder, Dissociative Disorder, or a Personality Disorder).

Code based on type:

314.01 Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder, Combined Type: if bothe Criteria A1 and A2 are met for the past 6 months

314.00 Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder, Predominantly Inattentive Type: if Criterion A1 is met but Criterion A2 is not met for the past 6 months

314.01 Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder, Predominantly Hyperactive-Impulsive Type: if Criterion A2 is met but Criterion A1 is not met for the past 6 months

Coding note: For individuals (especially adolescents and adults) who currently have symptoms that no longer meet full criteria, "In Partial Remission" should be specified.

314.9 Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Not Otherwise Specified

This catagory is for disorders with prominent symptoms of inattention or hyperactivity-impulsivity that do not meet criteria for Attention-Deficit/ Hyperactivity Disorde.

Diagnostic criteria for 312.8 Conduct Disorder

A. A repetitive and persistent pattern of behavior in which the basic rights of others or major age-appropriate societal norms or rules are violated, as manifested by the presence of three (or more) of the following criteria in the past 12 months, with at least one criterion present in the past 6 months:

Aggression to people and animals

(1) often bullies, threatens, or intimidates others
(2) often initiates physical fights
(3) has used a weapon that can cause serious physical harm to others (e.g., a bat, brick, broken bottle, knife, gun)
(4) has been physically cruel to people
(5) has been physically cruel to animals
(6) has stolen while confronting a victim (e.g., mugging, purse snatching, extortion, armed robbery)
(7) has forced someone into sexual activity

Destruction of property

(8) has deliberately engaged in fire setting with the intention of causing serious damage
(9) has deliberately destroyed others' property (other than by fire setting)

Deceitfulness of theft

(10) has broken into someone else's house, building, or car
(11) often lies to obtain goods or favors or to avoid obligations (i.e., "cons" others)
(12) has stolen items of nontrivial value without confronting a victim (e.g., shoplifting, but without breaking and entering' forgery)

Serious violations of rules

(13) often stays out at night despite parental prohibitions, begining before age 13 years
(14) has run away from home overnight at least twice while living in parental or parental surrogate home (or once without returning for a lengthy period)
(15) is often truant from school, beginning before age 13 years

(continued)

☐ Diagnostic criteria for 312.8 Conduct Disorder

(continued)

B. The disturbance in behavior causes clinically significant impairment in social, academic, or occupational tunctioning.

C. If the individual is age 18 years or older, criteria are not met fot Antisocial Personality Disorder.

Specify type based on age at onset:

Childhood-Onset Type: absence of any criteria characteristic of Conduct Disorder prior to age 10 years

Adolescent-On set Type: absence of any criteria characteristic of Conduct Disorder prior to age 10 years

Specify severity:

Mild: few if any conduct problems in excess of those required to make the diagnosis **and** conduct problems cause only minor harm to others

Moderate: number of conduct problems and effect on others intermediate between "mild" and "severe"

Severe: many conduct problems in excess of those required to make the diagnosis **or** conduct problems cause considerable harm to others

ICD-10

The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorder

Diagnostic criteria for research

World Health Organization
Geneva

Hyperkinetic disorders

Note: The research diagnosis of hyperkinetic disorder requires the definite presence of abnormal levels of inattention, hyperactivity, and restlessness hat are pervasive across situations and persistent over time and that are not caused by other disorders such as autism or affective disorders.

G1. *Inattention.* At least six of the following symptoms of inattention have persisted for at least 6 months, to a degree that is maladaptive and inconsistent with the developmental level of the child:

(1) often fails to give close attention to details, or makes careless errors in schoolwork, work, or other activities;

(2) often fails to sustain attention in tasks or play activities;

(3) often appears not to listen to what is being said to him or her;

(40) often fails to follow through on instructions or to finish schoolwork, chose, or duties in the workplace (not because of oppositional behaviour or failure to understand instructions);

(5) is often impaired in organizing tasks and activities;

(6) often avoids or strongly dislikes tasks, such as homework, that require sustained mental effort;

(7) often loses things necessary for certain tasks or activities, such as school assignments, encils, books, toys, or tools;

(8) is often easily distracted by external stimuli;

(9) is often forgetful in the course of daily activities.

G2. *Hyperactivity.* At least three of the following symptoms of hyperactivity have persisted for at least 6 months, to a degree that is maladaptive and inconsistent with the developmental level of the child;

(1) often fidgets with hands or feet or squirms on seat;

(2) leaves seat in classroom or in other situations in which remaining seated is expected;

(3) often runs about or climbs excessively in situations in which it is inappropriate (in adolescents of adults, only feelings of restlessness may be present);

(4) is often unduly noisy in playing or has difficulty in engaging quietly in leisure activities;

(5) exhibits a persistent pattern of excessive motor activity that is not substantialy modified by social context or demands.

G3. *Impulsivity*. At least one of the following symptoms of impulsivity has persisted for at least 6 months, to a degree that is maladaptive and inconsistent with the developmental level of the child;

(1) often blurts out answers before questions have been bompleted;

(2) often fails to wait in lines or await turns in games or group situations;

(3) often interrupts or intrudes on others (e.g., butts into others' conversations or games);

(4) often talks excessively without appropriate response to social constraints.

G4. Onset of the disorder is no later than the age 7 years.

G5. *Pervasiveness*. The criteria should be met for more than a single situation, e.g., the combination of inattention and hyperactivity should be present both at home and at school, or at both school and another setting where children are observed, such as a clinic. (Evidence for cross-situationality will ordinarity require information from more than one source; parental reports about classroom behaviour, for instance, are unlikely to be sufficient).

G6. The symptoms in G1-G3 cause clinically significant distress or impairment in social, academic, or occupational functioning.

G7. The disorder does not meet the criteria for pervasive developmental disorder (F84.-), manic episode (F30.-), depressive episode (F32.-), or anxiety disorders (F41.-).

Comment

Many authorities also recognize conditions that are sub-threshold for hyperkinetic disorder. Children who meet criteria in other way but do not show abnormalities of hyperactivity/impulsiveness may be recognized as showing attention deficit; conversely, children who fall short of criteria for attention problems but meet criteria in other respects may be recognized as showing activity disorder. In the same way, children who meet criteria for only one situation (e.g., only the home or onlgy the classroom) may be regarded as showing a home-specific or classroom-specific disorder. These conditions are not yet incuded in the main classification because of insufficient empirical predictive validation, and because many children with sub-threshold disorders show other syndromes (such as oppositional defiant disorder, F91.3) and should be classified in the appropriate category.

F90.0 Disturbance of activity and attention

The general criteria for hyperkinetic disorder (F90) must be met, but not those for conduct disorders (F91.-).

F90.1 Hyperkinetic conduct disorder

The general criteria for both hyperkinetic disorder (F90) and conduct disorders (F91,-) must be met.

F90.8 Other hyperkinetic disorders

F90.9 Hyperkinetic disorder, unspecified

This residual category is not recommended and school be used only when there is a lack of differentiation between F90.0 and F90.1 but the overall criteria for F90.- are fulfilled.

الفهرس

تصدير الناشر ٩

الاهداء ١٣

تقديم ١٥

الفصل الأول ١٩

المقدمة ٢١

مفهوم الطفولة ٢٦

تعريف الطفل الذي يعاني من فرط الحركة ٢٩

حالة مسعود ٣٠

الفصل الثاني ٣٥

لمحة تاريخية عن مراحل تفسير اضطراب فرط النشاط والحركة الزائدة ٣٧

فرط الحركة ونقص الانتباه وصعوبات التعلم ٤٠

تعريف صعوبات التعلم ٤٤

أشكال ومعايير صعوبات التعلم ٤٦

دور المعلم في تشخيص صعوبات التعلم ٤٩

انتشار حالات فرط الحركة ٥١

أسباب حالات فرط الحركة ٥٣

الفصل الثالث ٦٥

تشخيص حالة فرط النشاط الحركي ونقص الانتباه ٦٧

التشخيص التفريقي ٧٥
النشاط الحركي الطبيعي لدى الطفل ٧٧

الفصل الرابع ٨٥
المشكلات الانفعالية والاجتماعية والأكاديمية المصاحبة لاضطراب فرط النشاط الحركي ونقص الانتباه والاندفاع بالسلوك لدى الأطفال ٨٧
اتجاه الأسرة نحو طفل اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه والاندفاع بالسلوك ٩٠
هل طفل فرط الحركة يساهم في اضطرابه أو يعمل على اختيار هذا الاضطراب؟ ٩٦

الفصل الخامس ١٠١
المعايير الدولية لتشخيص حالات فرط الحركة ونقص الانتباه لدى الأطفال والتي تتطلب التدخل والعلاج ١٠٣
المعايير الدولية المعتمدة في منظمة الصحة العالمية ١١٣

الفصل السادس ١١٩
علاج حالات فرط الحركة ونقص الانتباه والاندفاعية في السلوك لدى الأطفال ١٢١
اجراء تجربة علاجية ١٢٣
تأثير الدواء وتأثير عملية التربية والنضج ١٢٦
أهم الأدوية والعقاقير المستخدمة في علاج حالات الأطفال الذين يعانون من فرط الحركة أو النشاط ١٢٨
تصنيف الأدوية المستخدمة ١٢٩
أهم الأدوية ١٣٠
تنظيم إعطاء الدواء للطفل والعطلة الدوائية ١٤٣
متى يتم تغيير الدواء؟ ١٤٥

الإشراف على الطفل من أجل تناول الدواء ١٤٥
توجيهات للآباء من أجل الالتزام بإعطاء الطفل الدواء بانتظام ١٤٩
النظام الغذائي والسلوك لدى الطفل ١٥١
الفطريات المهبلية لدى المرأة الحامل واضطرابات النمو وفرط الحركة لدى الطفل .. ١٥٤

الفصل السابع ١٥٥

الأساليب النفسية والسلوكية والتدريبية في علاج حالات أطفال فرط الحركة ونقص الانتباه ١٥٧
الإرشاد الأسري لطفل فرط الحركة ونقص الانتباه ١٥٨
الإرشاد المدرسي لطفل فرط الحركة ونقص الانتباه ١٦٢
تعديل سلوك الطفل الذي يعاني من فرط الحركة ونقص الانتباه ١٦٣
استمارة تسجيل السلوك خلال فترة (٢٤) ساعة ١٦٥
استمارة سوابق ولواحق السلوك الذي يقوم به الطفل ١٦٨
دور الثواب (المكافأة) والعقاب في تعديل سلوك الطفل ١٧٣
دور المعلم في المدرسة ١٧٩
مبادىء عامة في مواجهة بعض المشاكل الصفية لدى تلاميذ فرط النشاط والحركة ودور المعلم في ذلك ١٨١

الفصل الثامن ١٨٩

طرق تعليم طفل فرط الحركة ١٩١
تسهيل عملية التواصل لدى الطفل ١٩٤
استخدام الكمبيوتر في عملية التدريب والتعليم لأطفال فرط الحركة واضطرابات النمو ١٩٨

الطرق السلوكية في علاج حالات فرط الحركة ٢٠٢
النمذجة أو التقليد وتدريب الطفل على المهارات الاجتماعية اللازمة ٢٠٦
الفروق الفردية بين الأطفال في الاستجابة لعملية النمذجة أو التقليد ٢١٠
طريقة إعادة التوجيه الإيجابي لسلوك الطفل ٢١١
العلاج الحسي المتكامل ٢١٤
طريقة الاقتصاديات الرمزية ٢٢٠
طريقة التعليم الملطف ٢٢٢

الفصل التاسع ٢٢٣
طرق أخرى في تعديل سلوك الأطفال ٢٢٥
تدريبات لعلاج نقص القدرة على الانتباه والتركيز لدى طفل فرط الحركة ٢٣١
تدريبات تفيد في تحسين قدرة الطفل على الانتباه والتركيز ٢٣٩
بعض الحلول الاجرائية لضعف القدرة لدى الطفل على اتباع التعليمات ومن
أجل زيادة قدرة الانتباه لديه ٢٥١

المراجع العربية ٢٥٥
المراجع الأجنبية ٢٥٨
أسماء منظمات في الولايات المتحدة الأمريكية تهتم باضطراب فرط
النشاط ونقص الانتباه وصعوبات التعلم لدى الأطفال ٢٦١
المصطلحات الأجنبية الواردة في الكتاب ٢٦٢
استبيان للتعرف على المعززات التي يمكن استخدامها في عملية
تعديل سلوك الطفل وعلاج مشكلته للأسرة والمعلم ٢٧٠
ملحق (١) ـ دليل المعلم أو الأخصائي لتشخيص صعوبات التعلم النمائية ٢٧٣

والأكاديمية لدى تلاميذ المرحلة الإبتدائية ٢٧٣
ملحق (٢). استبيان تشخيص حالات فرط الحركة ونقص الانتباه والاندفاعية لدى الأطفال (استبيان الأسرة والمدرسة) ٢٨٣
ملحق (٣). صورة التقييم المدرسية لمقياس اضطراب ضعف الانتباه المصحوب بزيادة النشاط الحركي لدى الأطفال ٢٩٧
للاطلاع. سياسة العمل والنظم المتبعة في وحدة الطب النفسي لعلاج الأطفال والمراهقين ٣٠٧
ملحق (٤). معايير تشخيص حالات فرط الحركة ونقص الانتباه لدى الأطفال كما وردت في DSM-IV وكذلك في ICD-10 لأطباء البورد العربي والاختصاصيين في الطب النفسي وعلم النفس والتربية الخاصة ٣١١
الفهرس ٣٢٩
كتب منشورة للمؤلف ٣٣٥

كتب منشورة للمؤلف الدكتور فيصل محمد خير الزراد

١ ـ الأمراض النفسية والعقلية والاضطرابات السلوكية : دار القلم، بيروت (١٩٨٣م).
٢ ـ علاج الأمراض النفسية : دار العلم للملايين، بيروت (١٩٨٩م).
٣ ـ التبول اللاإرادي لدى الأطفال : دار النفائس، بيروت (١٩٩٧م).
٤ ـ الصرع في الطب وفي علم النفس : دار المريخ، الرياض (١٩٩٢م).
٥ ـ اللغة واضطرابات النطق والكلام : دار المريخ، الرياض (١٩٩٥م).
٦ ـ العلاج النفسي السلوكي بطريقة الكف بالنقيض : دار النفائس، بيروت (٢٠٠٠م).
٧ ـ تعديل السلوك البشري: مترجم، دار المريخ، الرياض (١٩٩٨م).
٨ ـ التخلف الدراسي وصعوبات التعلم : دار النفائس، بيروت (١٩٩٨م).
٩ ـ مشكلات المراهقة والشباب في الوطن العربي : دار النفائس، بيروت (١٩٩٧م).
١٠ ـ الطب النفسي ـ جسدي : دار النفائس، بيروت (١٩٩٩م).
١١ ـ سيكولوجية الغش في الاختبارات والواجبات المدرسية والجامعية : دار المريخ، الرياض (٢٠٠٢م).
١٢ ـ الذاكرة، قياسها، اضطراباتها، علاجها، دار المريخ، الرياض (٢٠٠٢م).
١٣ ـ سيكولوجية الطلاق (دراسة تشخيصية) : دار القلم، دبي (١٩٨٩م).
١٤ ـ الإحصاء النفسي والتربوي المتقدم : دار القلم، دبي (١٩٩٠م).
١٥ ـ الإدمان على الكحول والمخدرات والمؤثرات على العقل : دار اليمامة ـ دمشق (٢٠٠٠)م.

مؤلفات قيد الإعداد

١ ـ علم النفس العصبي.
٢ ـ الاكتئاب لدى المرأة.
٣ ـ القلق والتوتر النفسي.
٤ ـ سيكولوجية الحمل والولادة.
٥ ـ الاضطرابات الجنسية.
٦ ـ اضطراب التوحد لدى الأطفال.